

Absender (nur auszufüllen, wenn abweichend von Patientendaten):

Name:	Vorname:
Zusatz:	eMail:
Straße/Nr.:	Telefon:
PLZ:	Ort:

An die
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
der norddeutschen Ärztekammern
Hans-Böckler-Allee 3
D-30173 Hannover

Schlichtungsantrag

Patientendaten

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	früherer Name/Geburtsname:
Telefon:	eMail:
Straße/Nr.:	
PLZ:	Ort:

Sachverhaltsdarstellung:

Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

Berlin . Brandenburg . Bremen . Hamburg . Mecklenburg-Vorpommern . Niedersachsen . Saarland . Sachsen-Anhalt . Schleswig-Holstein . Thüringen
Hans-Böckler-Allee 3, 30173 Hannover

Schweigepflichtentbindungserklärung

Aktenzeichen der Schlichtungsstelle (soweit bereits bekannt):

Patientendaten

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	früherer Name/Geburtsname:
Straße/Nr:	
PLZ:	Ort:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen in Hannover bei den von mir im beigefügten Fragebogen genannten Ärzten, Krankenhäusern, Gutachtern, Versicherungsträgern und Behörden Unterlagen anfordert, die mit der beanstandeten Behandlung in Zusammenhang stehen, und zur Verwertung im Schlichtungsverfahren zur Aufklärung des Sachverhalts heranzieht.

Ich entbinde zugleich die im beigefügten Fragebogen genannten behandelnden und untersuchenden Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, Versicherungsträger und Behörden von der Pflicht zur Verschwiegenheit. Sollte sich im Laufe des Schlichtungsverfahrens darüber hinaus die Notwendigkeit ergeben, weitere Krankenunterlagen (z. B. von Ärzten, die versehentlich nicht aufgelistet worden sind, Konsiliarberichte, Laborergebnisse etc.) anzufordern,

erkläre ich mich damit einverstanden und entbinde die entsprechenden Stellen hiermit ausdrücklich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

bitte ich, mir die entsprechenden Stellen mitzuteilen, damit ich im Einzelfall eine Schweigepflichtentbindungserklärung erteilen kann. Ich nehme zur Kenntnis, dass dies zu einer Verzögerung des Verfahrens führt. Die Nichterteilung der Erklärung würde zum Abbruch des Schlichtungsverfahrens führen.

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Darüber hinaus entbinde ich die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen sowie die beteiligten Ärzte und Krankenhäuser von ihrer Schweigepflicht, soweit diese Informationen an die anderen Beteiligten des Schlichtungsverfahrens (der in Anspruch genommene Arzt bzw. Krankenhausträger oder deren Rechtsvertreter oder Haftpflichtversicherer/ggfs. Versicherungsmakler) weitergeben muss. Ich erkläre mich einverstanden, dass die beauftragten Gutachter zum Zwecke der Qualitätssicherung eine Abschrift der abschließenden Entscheidung erhalten.

Die Einwilligung kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, dies würde zum Abbruch des Verfahrens führen.

Datenverarbeitung durch Dritte

Die Haftpflichtversicherer und Versicherungsmakler führen bestimmte Aufgaben bei denen Ihre Gesundheitsdaten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, zum Teil nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Ihre Gesundheitsdaten werden beispielsweise zur internen Prüfung ggfs. weiteren Gutachtern zur Verfügung gestellt bzw. statistisch zur Qualitätssicherung verarbeitet. Soweit die beteiligten Ärzte, Krankenhäuser sowie die von den Krankenhäusern/Ärzten mit der Bearbeitung betrauten Personen und Abteilungen, die Haftpflichtversicherer oder Versicherungsmakler bei der Bearbeitung der Anspruchsanmeldung bzw. der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von patientenbezogenen Gesundheitsdaten mit Dritten zusammenarbeitet, kann es erforderlich sein, dass diese Gesundheitsdaten an diesen Dritten übermittelt und dort verarbeitet und genutzt werden. Daher benötigen wir folgende Erklärung von Ihnen:

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten - soweit es zur Bearbeitung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches erforderlich ist - an die mit der Bearbeitung beauftragten Personen und Abteilungen, die Haftpflichtversicherer und ggf. Versicherungsmakler sowie an die von diesen mit der Verarbeitung und Nutzung der Gesundheitsdaten beauftragten Dritten übermittelt werden. Die Daten werden ausschließlich zur Bearbeitung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches genutzt.

Ich befreie die Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, Versicherungsträger und Behörden insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass die Verfahrensbeteiligten und ihre Beauftragten meine Gesundheitsdaten erheben, speichern und nutzen, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadenersatzanspruches erforderlich ist.

Ich willige ein, dass die Beteiligten meine Gesundheitsdaten an externe Stellen weitergeben können und die Daten von diesen verwendet werden, soweit dies zur Bearbeitung der erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Diese externen Stellen können medizinische Sachverständige, Rechtsanwälte, Gerichte und Behörden sein. Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten von diesen externen Stellen nach der Bearbeitung Beteiligten zurückübermittelt werden und von diesen zweckentsprechend verwendet werden.

Dienstleisterlisten können bei den Gesellschaften eingesehen werden.

- erkläre ich mich einverstanden
- erkläre ich mich **nicht** einverstanden

Datum

Ort

Unterschrift

als Patient/Patientin, als gesetzl. Vertreter/Vertreterin, als Erbe

Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

Berlin . Brandenburg . Bremen . Hamburg . Mecklenburg-Vorpommern . Niedersachsen . Saarland . Sachsen-Anhalt . Schleswig-Holstein . Thüringen
Hans-Böckler-Allee 3, 30173 Hannover

Fragebogen

Aktenzeichen der Schlichtungsstelle:

1. Patientendaten

Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	früherer/Geburtsname:	Geburtsort:
Telefon:	eMail:	
Straße/Nr.:		
PLZ:	Ort:	
Beruf:		

2. WANN soll die fehlerhafte Behandlung erfolgt sein (Zeitpunkt oder Zeitraum)?

3. Von WEM verlangen Sie Schadenersatz?

(Bitte Angaben von Namen und Anschrift des Krankenhauses/niedergelassenen Arztes)

4. Ist wegen des geltend gemachten Schadens bereits ein Anspruch gegen die in Ziffer 3 genannten Personen bzw. Institutionen erhoben worden?

Falls ja, bitten wir um Überlassung des Schriftwechsels.

ja nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

5. Ist wegen der geltend gemachten Schädigung bereits ein Verfahren (Straf- oder Zivilprozess) anhängig (bzw. gewesen)?

ja nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Falls ja, bitte Aktenzeichen und Gericht / Staatsanwaltschaft angeben.

6. Krankenversicherung:

gesetzlich privat (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Anschrift der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung:

Mitgliedsnummer, Versicherungsnummer:

7. Liegt bereits ein MDK-Gutachten vor?

ja nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

(Falls ja: Bitte eine Kopie beifügen)

8. Wird bereits eine Rente gezahlt?

ja nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Falls ja: Bitte Anschrift und Aktenzeichen der zahlenden Stelle angeben und Datum des Rentenbeginns.

9. Ist wegen der behaupteten Schädigung bereits gegen einen Dritten ein Anspruch erhoben worden (z.B., gegen den Verursacher eines Unfalls, der zu der beanstandeten Behandlung führte?)

ja nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Falls ja: Gegen wen und mit welchem Ergebnis?

10. Alle nachstehend genannten Ärzte, Versicherer, und andere zur Erteilung von Auskünften fähige Personen und Stellen werden von der Schweigepflicht entbunden.

a) Hausarzt vor der Schädigung:

Name des Hausarztes Fachrichtung von/bis

Straße, Hausnummer PLZ Ort

b) Hausarzt nach der Schädigung (nur falls abweichend von a):

Name des Hausarztes Fachrichtung von/bis

Straße, Hausnummer PLZ Ort

Vor- und nachbehandelnde Ärzte / Krankenhäuser

11. In den fünf Jahren **vor** der Schädigung:

11.1

Name/Krankenhaus	Fachrichtung	von/bis
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

11.2

Name/Krankenhaus	Fachrichtung	von/bis
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

11.3

Name/Krankenhaus	Fachrichtung	von/bis
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

11.4

Name/Krankenhaus	Fachrichtung	von/bis
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

12. Nach der Schädigung

12.1

Name/Krankenhaus	Fachrichtung	von/bis
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

12.2

Name/Krankenhaus	Fachrichtung	von/bis
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

12.3

Name/Krankenhaus	Fachrichtung	von/bis
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

12.4

Name/Krankenhaus	Fachrichtung	von/bis
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

Datum	Ort	Unterschrift als Patient/Patientin, als gesetzl. Vertreter/Vertreterin, als Erbe
-------	-----	---