

Fragebogen für Medizin-Geschädigte

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Sie haben sich dazu entschlossen, eine eventuelle Haftung des Krankenhauses und/oder der Sie behandelnden Ärzte prüfen zu lassen. Um Ihre Interessen optimal vertreten zu können, benötigen wir Informationen über Ihre Erkrankung, die ärztliche Behandlung, vor allem soweit Sie sie für fehlerhaft halten und die daraus resultierenden Folgen für Ihr berufliches und privates Leben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst detailliert. Angefallene Kosten sollten möglichst durch Quittungen, Rechnungen oder ähnliches belegt werden. Wenn keine genauen Angaben möglich sind, genügen auch Schätzwerte. Falls Sie noch Fragen haben sollten, können Sie uns gerne ansprechen.

Ihr Schröder Kühne & Partner-Team

1. Patientendaten (Bitte genaue Angaben auch von Namen und Anschrift, evtl. auf gesondertem Bogen)

Nachname Vorname ggf. Geburtsname/früherer Name

Straße, Hausnummer PLZ Wohnort Telefon

Geburtsdatum / Geburtsort:

Beruf (bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit)

Kassenpatient Privatpatient (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Genauere Anschrift der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung, Versicherungsnummer

2. Erkrankung / Verletzung / Gesundheitsstörung

Wegen welcher Erkrankung / Verletzung / Gesundheitsstörung haben Sie sich in Behandlung begeben?

Wo wurden Sie behandelt? Wenn möglich genaue Adresse des Krankenhauses / Arztes.

Wann wurden Sie ambulant bzw. stationär behandelt? Bitte Zeitraum und ggfs Tag der Operation angeben.

Von wem wurden Sie behandelt? Bitte Namen und, wenn möglich, auch Adresse angeben.

Welche Behandlung, Therapie oder Diagnostik wurde durchgeführt?

Worin besteht Ihrer Meinung nach der ärztliche Behandlungsfehler?

Wann haben Sie die Beschwerden / Störungen / Schmerzen, die Sie auf die von Ihnen für fehlerhaft gehaltene Behandlung zurückführen, erstmalig bemerkt?

Haben Sie irgendwelche Kranken- oder Behandlungsunterlagen in Ihrem Besitz? Wenn ja, bitte beifügen!
Haben Sie bereits irgendwelche Ansprüche gegen den Schädiger geltend gemacht? Gibt es Schriftverkehr?

3. Aktueller Gesundheitszustand

Welche mit der Behandlung zusammenhängenden Gesundheitsstörungen bestehen noch?

Handelt es sich um einen dauerhaften oder vorübergehenden Zustand?

4. Allgemeine Auswirkungen

Wie hat sich der Gesundheitsschaden auf Ihr tägliches Leben ausgewirkt?

Benötigen Sie fremde Hilfe oder haben sie benötigt bei:

- Körperpflege
- Hygiene
- An- und Ausziehen
- Nahrungsaufnahme
- Fortbewegung
- Hausarbeit
- Autofahren
- weitere

Haben Sie in Folge des Gesundheitsschadens finanzielle (Mehr-)Aufwendungen gehabt, die nicht von dritter Seite ersetzt wurde, wie

- Fahrten zum Krankenhaus (auch durch Angehörige), zu Ärzten, Krankengymnasten (Transportmittel, Entfernung, Häufigkeit)

- erhöhter Wasser- und Stromverbrauch
- erhöhte Heizkosten
- spezielle Nahrungsmittel
- Neuanschaffung in Folge der Verletzung, z.B. weite Kleidung aufgrund Unbeweglichkeit, Haushaltsmaschinen, andere Hilfsmittel
- Mussten Sie irgendwelche Zuzahlungen zu Krankenbehandlungsmaßnahmen oder Medikamenten leisten?

5. Auswirkungen auf den Beruf

Hat die Verletzung Auswirkungen auf Ihre berufliche Tätigkeit gehabt, wie z.B.

- Ver- oder Umsetzung
- geringere Wochenarbeitszeiten
- Entlassung

Hatten oder haben Sie einen Verdienstaussfall?

Bekommen Sie Krankengeld?

Wie hätte sich Ihre berufliche Situation ohne die Behinderung entwickelt?

Wie sieht Ihre berufliche Zukunft aus? Können Sie noch berufstätig sein? Wenn ja, in welchem Umfang?

6. Auswirkungen auf das Privatleben

Wie hat sich die Behinderung auf Ihre häuslichen Tätigkeiten ausgewirkt?

Inwieweit sind Ihre Hobbies betroffen?

Bei Einschränkungen der Haushaltsführung: Wie viel Personen gehören zum Haushalt?

Ggfs. Alter der zum Haushalt gehörenden Kinder?

In welchem Umfang ist der (Ehe-)Partner berufstätig?

Größe der Wohnung/ des Hauses?

Ggfs. Größe des Gartens?

7. Wie wurden/werden Sie mit Ihrer Situation fertig?

Wie empfinden sie selber Ihre Situation? Haben Sie psychische Beschwerden?

Sind Sie deswegen vielleicht sogar in ärztlicher Behandlung?

(Datum)

(Unterschrift)