



Antrag auf Durchführung eines Verfahrens

1. Daten der Patientin / des Patienten

Weiblich Männlich Divers

Vorname*

Geschlecht*

Name*

Geburtsdatum*

Geburtsname *

Ggf. verstorben am*

*** Pflichtangabe**

Straße, Hausnummer*

Postleitzahl*

Ort*

Mobil*

E-Mail*

Telefon*

Fax

2. Angaben zu Dritten

(sofern sich die Patientin/der Patient im Verfahren vertreten lässt: bevollmächtigte Vertreter, Erben, Sorgeberechtigte oder Betreuer)

Bitte fügen Sie diesem Antrag einen geeigneten Nachweis bei: z.B. Kopie der Vollmacht, Erbschein, Testament, Nachweis des alleinigen Sorgerechts, Betreuungsurkunde)

Weiblich Männlich Divers

Vorname*

Geschlecht*

Name*

Geburtsdatum*

Geburtsname*

Straße, Hausnummer*

Postleitzahl*

Ort*

Mobil*

E-Mail*

Telefon*

Fax

**Stellung zum Patienten /
zur Patientin***

(Eltern, Vertreter/in, Betreuer/in, Erbin/Erbe)

3. Behandlungsdaten

Wer hat Sie Ihrer Ansicht nach falsch behandelt? In welcher Praxis und/oder in welchem Krankenhaus wurden Sie Ihrer Ansicht nach fehlerhaft behandelt?

Name und Anschrift der/des behandelnden niedergelassenen Ärztin/Arztes bzw. der Praxis und/oder des Krankenhauses:

Wann erfolgte die nach Ihrer Auffassung fehlerhafte Behandlung?

(Bitte Zeitpunkt oder Zeitraum so genau wie möglich angeben)

Behandlungszeitraum
(ggf. OP-Tag)

Wegen welcher Beschwerden begaben Sie sich in die gerügte ärztliche Behandlung?

Worin besteht Ihr Vorwurf des ärztlichen Behandlungsfehlers knapp zusammengefasst?

Welcher Gesundheitsschaden ist durch die Ihrer Ansicht nach falsche Behandlung entstanden? Welche Komplikation ist eingetreten?

JA **NEIN**

Liegt ein MDK-Gutachten vor? (Falls ja, bitte dem Antrag beifügen)

Liegt ein Gutachten der Renten- oder Unfallversicherung vor? (Falls ja, bitte dem Antrag beifügen)

Wurde wegen der nach Ihrer Auffassung fehlerhaften Behandlung bereits Klage bei einem Gericht erhoben oder Anzeige bei der Polizei oder einer Staatsanwaltschaft erstattet?

4. Sachverhaltsdarstellung

Hier haben Sie die Möglichkeit ergänzende Angaben zu dem Sachverhalt einzutragen.

Sollte der Platz nicht ausreichen, bitten wir Sie Ihren Sachverhalt in einem separaten Dokument fortzusetzen

5. Vor- und nachbehandelnde Ärztinnen und Ärzte

Die Kommission der Ärztekammern Hamburg zur Begutachtung von Vorwürfen ärztlicher Behandlungsfehler kann Unterlagen zu Ihrer Behandlung nur von Ärztinnen/Ärzten, Praxen und Krankenhäusern anfordern, die Sie an dieser Stelle angeben. Bitte tragen Sie daher vollständige und verifizierte Angaben ein. Sofern die Antragsgegenseite Ihrem Schlichtungsverfahren zustimmt, werden wir anhand nachfolgender Informationen die vollständigen Behandlungsunterlagen elektronisch anfordern.

Behandelnde Ärzte / Krankenhäuser, die **wegen der Erkrankung vor** der Schädigung aufgesucht wurden:

Name der Ärztin / des Arztes oder der Behandlungseinrichtung	Fachrichtung	von / bis
--	--------------	-----------

Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
--------------------	--------------	-----

Name der Ärztin / des Arztes oder der Behandlungseinrichtung	Fachrichtung	von / bis
--	--------------	-----------

Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
--------------------	--------------	-----

Name der Ärztin / des Arztes oder der Behandlungseinrichtung	Fachrichtung	von / bis
--	--------------	-----------

Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
--------------------	--------------	-----

Name der Ärztin / des Arztes oder der Behandlungseinrichtung	Fachrichtung	von / bis
--	--------------	-----------

Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
--------------------	--------------	-----

Name der Ärztin / des Arztes oder der Behandlungseinrichtung	Fachrichtung	von / bis
--	--------------	-----------

Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
--------------------	--------------	-----

Behandelnde Ärzte / Krankenhäuser, die **wegen der Erkrankung nach** der Schädigung aufgesucht wurden:

Name der Ärztin / des Arztes oder der Behandlungseinrichtung	Fachrichtung	von / bis
--	--------------	-----------

Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
--------------------	--------------	-----

Name der Ärztin / des Arztes oder der Behandlungseinrichtung	Fachrichtung	von / bis
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Name der Ärztin / des Arztes oder der Behandlungseinrichtung	Fachrichtung	von / bis
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Name der Ärztin / des Arztes oder der Behandlungseinrichtung	Fachrichtung	von / bis
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Name der Ärztin / des Arztes oder der Behandlungseinrichtung	Fachrichtung	von / bis
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Weitere vor- oder nachbehandelnde Ärztinnen und Ärzte / Behandlungseinrichtungen bitte formlos einreichen. Danke!

6. Verfahrensstand

Gibt es bereits Schriftverkehr mit der Haftpflichtversicherung der Behandlungseinrichtung bzw. der/des Beschuldigten, in der Sie den Vorwurf der Fehlbehandlung machen? Falls ja, bitte Kopien beifügen.	JA	NEIN
---	-----------	-------------

Ich/Wir unterschreiben diesen Antrag als:

Patient/in persönlich	bevollmächtigte/r Vertreter/in*	Erbe/Erbin*
Gesetzliche Vertretung der Patientin / des Patienten (Eltern)	Betreuer/in*	* Nachweise bitte beifügen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt „Informationen zum Datenschutz“ zur Kenntnis genommen habe und mit den beschriebenen Vorgehensweisen einverstanden bin. Die Datenschutzinformationen können jederzeit auf unserer Homepage unter <https://www.aerztekammer-hamburg.org/begutachtungskommission.html> oder in schriftlicher Form erneut angefordert werden..

Ort, Datum  **Unterschrift**

Ort, Datum  **Unterschrift**



Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zum Antrag auf Durchführung eines Verfahrens

Daten des Patienten/ der Patientin

Name, Vorname*

Geburtsdatum*

*** Pflichtangabe**

Die Kommission der Ärztekammer Hamburg zur Begutachtung von Vorwürfen ärztlicher Behandlungsfehler verarbeitet im Rahmen der beantragten Durchführung eines Verfahrens Ihre Gesundheits- und sonstigen personenbezogene Daten (im Folgenden: Daten), soweit dies für die Durchführung des Verfahrens im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen notwendig ist.

Bitte kreuzen Sie nachfolgende Kästen an, wenn Sie Ihre Zustimmung erteilen. Soweit Passagen dieser Erklärung nicht von Ihrer Zustimmung erfasst sein sollen, steht es Ihnen frei, dies durch Streichung kenntlich zu machen. Es wird darauf hingewiesen, dass eine solche Einschränkung der Zustimmung zum Abbruch des Verfahrens führen kann. Diese Erklärung kann ganz oder in Teilen für die Zukunft widerrufen werden. Ein Widerruf kann dazu führen, dass das Verfahren nicht fortgesetzt werden kann.

1. Schweigepflichtentbindungserklärungen gegenüber der Begutachungskommission

- * Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Begutachungskommission bei den von mir aufgeführten Personen und Institutionen die erforderlichen Unterlagen, die mit der beanstandeten Behandlung im Zusammenhang stehen, anfordert und im Verfahren verwertet. Ich entbinde die im Antrag aufgeführten Personen und Behandlungseinrichtungen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber der Kommission der Ärztekammer Hamburg zur Begutachtung von Vorwürfen ärztlicher Behandlungsfehler.

Sollte im Verlauf des Verfahrens die Beiziehung ergänzender Behandlungsunterlagen bei weiteren Personen oder Stellen notwendig werden, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Begutachungskommission auch diese Unterlagen anfordert und im Verfahren verwertet. Ich entbinde die entsprechenden Personen und Stellen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

2. Weitergabe von Daten an andere Verfahrensbeteiligte und deren Bevollmächtigte

- * Ich bin damit einverstanden, dass die Begutachungskommission meine zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Gesundheitsdaten an die anderen Beteiligten des Verfahrens (Ärztin oder Arzt, Behandlungseinrichtung bzw. deren Bevollmächtigte) sowie an einen ggf. von der Begutachungskommission zu beauftragenden Gutachter weitergegeben werden und entbinde die Kommission zur Begutachtung von Vorwürfen ärztlicher Behandlungsfehler zugleich zu diesem Zwecke von ihrer Schweigepflicht.

3. Einwilligung in die Weitergabe von Daten an den Haftpflichtversicherer und deren Bevollmächtigte

Ärztinnen und Ärzte sind gegen Schadensersatzansprüche, die sich aus ihrer Berufstätigkeit ergeben können, versichert. Es obliegt der Versicherungsnehmerin/dem Versicherungsnehmer (z.B. Ärztin / Arzt oder Behandlungseinrichtung) dem zuständigen Haftpflichtversicherer jeden Versicherungsfall innerhalb einer Woche anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadensersatzansprüche erhoben worden sind (§ 104 VVG). Dies gilt auch für ein Verfahren vor der Begutachtungskommission der Ärztekammer Hamburg. Der Versicherungsschutz umfasst u.a. die Prüfung der Haftungsfrage durch den Haftpflichtversicherer, der bevollmächtigt ist, alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadensersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben. Der Versicherungsnehmer ist seinerseits verpflichtet, dem Haftpflichtversicherer alle relevanten Unterlagen zugänglich zu machen. Dies umfasst auch die im Begutachtungsverfahren anfallenden Daten. Für die Bearbeitung kann es weiterhin erforderlich sein, dass die Begutachtungskommission die von ihr im Laufe des Verfahrens erhobenen Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten an den Haftpflichtversicherer und ggf. dessen anwaltlicher Vertretung oder bevollmächtigten Versicherungsmakler zu übermitteln.

- * Ich bin damit einverstanden, dass die Begutachtungskommission der Ärztekammer Hamburg die zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Daten direkt an den zuständigen Haftpflichtversicherer, ggf. dessen anwaltlicher Vertretung oder einem bevollmächtigten Versicherungsmakler übermittelt und diese vom Haftpflichtversicherer, ggf. dessen anwaltlicher Vertretung oder einem bevollmächtigten Versicherungsmakler erhoben, verarbeitet und genutzt werden, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist. Ich entbinde die Begutachtungskommission insoweit von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit.

Ich/wir unterschreiben diese Erklärung als:

Patient/Patientin persönlich

bevollmächtigte/r Vertreter/in*

Erbe/Erben*

Gesetzliche Vertretung des Patienten (Eltern)

Betreuer/in*

* Nachweise bitte beifügen

Ort, Datum

 Unterschrift

Ort, Datum

 Unterschrift