



Antrag auf Durchführung eines Verfahrens

Bitte füllen Sie, wenn möglich, diesen Antrag digital aus, drucken ihn dann aus und unterschreiben im Original. Falls Sie ihn handschriftlich ausfüllen, bitte in Druckbuchstaben!

1. Daten der Patientin / des Patienten

Weiblich Männlich Divers

Vorname*

Geschlecht*

Name*

Geburtsdatum*

Geburtsname*

Ggf. verstorben am

*** Pflichtangabe**

Straße, Hausnummer*

Postleitzahl*

Ort*

Mobilfunknummer*

E-Mail*

Name der Krankenkasse

Wünschen Sie die informationstechnische Einbindung Ihrer Krankenkasse?

Ja. E-Mailadresse zuständiger:r Krankenkassensachbearbeiter:in ist
zwingend anzugeben, wenn digitale Aktenfreigabe erwünscht ist

Nein

E-Mail

(E-Mailadresse zuständiger:r Krankenkassensachbearbeiter:in)

2. Angaben einer Verfahrensvertretung (nur wenn zutreffend auszufüllen)

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

Vorname / Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort*

Mobilfunknummer

E-Mail

**Stellung zum Patienten /
zur Patientin**

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

Vollmacht (bei Vertretung ausfüllen):

Ich möchte das Verfahren nicht selber führen. Mit meiner nachfolgenden Unterschrift übertrage ich der vorgenannten Person die Verfahrensführung:

Ort, Datum

**Unterschrift der Patientin / des Patienten
(bitte im Original unterschreiben)**

3. Angaben zum Sachverhalt

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

Name und Anschrift*

3.2. Wann hat die Ihrer Ansicht nach falsche Behandlung stattgefunden? Bitte geben Sie hier den Zeitpunkt oder den Zeitraum so genau wie möglich an:

3.3. Warum haben Sie sich in Behandlung begeben?

3.4. Was wurde Ihrer Meinung nach falsch gemacht?

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

4. Verfahrensstand

JA NEIN

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.

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?

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 (bitte im Original unterschreiben)

Ort, Datum



Unterschrift (bitte im Original unterschreiben)