



## Antrag auf Durchführung eines Verfahrens

### 1. Daten der Patientin / des Patienten

Weiblich Männlich Divers

Vorname

Geschlecht

Name

Geburtsdatum

Geburtsname

Ggf. verstorben am

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Mobil

### 2. Andere/r Antragsteller/in (Eltern, Vertreter/in, Betreuer/in, Erbin/Erbe)

Weiblich Männlich Divers

Vorname

Geschlecht

Name

Geburtsdatum

Geburtsname

Ggf. verstorben am

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Mobil

**Stellung zum Patienten /  
zur Patientin**

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

Bitte fügen Sie diesem Antrag vorliegende Nachweise bei (z.B. Kopie der Vollmacht, Erbschein – sofern vorhanden –, Testament, Nachweis des alleinigen/ gemeinsamen Sorgerechts, etc.)

### 3. Behandlungsdaten

Wo erfolgte die nach Ihrer Auffassung fehlerhafte Behandlung?

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

**Krankenhausbereich**

(ggf. Abteilung/Fachrichtung, falls bekannt Chefärztin oder Chefarzt)

**Niedergelassener Bereich  
(MVZ/Praxis)**

Wann erfolgte die nach Ihrer Auffassung fehlerhafte Behandlung?

(Bitte Zeitpunkt oder Zeitraum so genau wie möglich angeben)

**Behandlungszeitraum**  
(ggf. OP-Tag)

**JA**      **NEIN**

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

Falls ja, bitte Angabe des Gerichtes, der Polizeidienststelle oder der Staatsanwaltschaft mit Angabe des Aktenzeichens:

**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)

#### **4. Sachverhaltsdarstellung**

Bitte schildern Sie den Behandlungsverlauf und stellen Sie dar, worin nach Ihrer Auffassung die Fehlbehandlung besteht und welche gesundheitlichen Schäden durch diese Fehlbehandlung entstanden sind.

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

## 5. Vor- und nachbehandelnde Ärztinnen und Ärzte

### Vorbehandlung

Name der Ärztin/des Arztes  
oder der Behandlungseinrichtung  
(ggf. Fachabteilung)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Behandlungszeitraum

### Vorbehandlung

Name der Ärztin/des Arztes  
oder der Behandlungseinrichtung  
(ggf. Fachabteilung)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Behandlungszeitraum

### Vorbehandlung

Name der Ärztin/des Arztes  
oder der Behandlungseinrichtung  
(ggf. Fachabteilung)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Behandlungszeitraum

### Nachbehandlung

Name der Ärztin/des Arztes  
oder der Behandlungseinrichtung  
(ggf. Fachabteilung)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Behandlungszeitraum

### Nachbehandlung

Name der Ärztin/des Arztes  
oder der Behandlungseinrichtung  
(ggf. Fachabteilung)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Behandlungszeitraum

### Nachbehandlung

Name der Ärztin/des Arztes  
oder der Behandlungseinrichtung (ggf. Fachabteilung)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Behandlungszeitraum

### Nachbehandlung

Name der Ärztin/des Arztes  
oder der Behandlungseinrichtung (ggf. Fachabteilung)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Behandlungszeitraum

Werden/wurden auch gegenüber einem/r Vor- oder Nachbehandler/in Behandlungs-  
fehlervorwürfe erhoben?

**JA**

**NEIN**

Wenn ja, gegenüber wem? (Hier bitte die Behandlungseinrichtung oder den behandelnden  
Arzt/ die behandelnde Ärztin benennen)

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 setzen Sie daher vollständige und verifizierte Angaben.

### 6. Verfahrensstand

Gibt es bereits Schriftverkehr mit der Behandlungseinrichtung bzw. der/dem Beschuldigten,  
in der Sie den Vorwurf der Fehlbehandlung formuliert haben? Falls ja, bitte Kopien beifügen.

**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.

**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

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift