

Professor Mayer & Kollegen

Grassstraße 9, 04107 Leipzig

Fon (0341) 14 14 40

Fax (0341) 14 14 433

kanzlei@prof-mayer-kollegen.de

Lieber Mandant,

wir beraten und vertreten bundesweit geschädigte Patienten auf dem Gebiet des Medizinrechts.

Damit wir auch Ihren arzthaftungsrechtlichen Fall optimal und erfolgreich bearbeiten können, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen.

Wir bitten Sie **diesen Fragebogen** sorgfältig auszufüllen, mit den erbetenen Nachweisen (Belege, Rechnungen) zu versehen und innerhalb von vier Wochen wieder an unsere Kanzlei zurückzureichen (per Post / Fax / Mail oder persönlich, wie Sie wünschen).

I. Zur Person

1. Mandant: (Name, Adresse und Geburtsdatum)

.....
.....

2. Patient: (nur wenn ein anderer als der Mandant)

.....

Geburtsdatum:

ggf. Sterbedatum:

3. Beruf:

.....

Selbstständig/angestellt/als/bei:

.....
.....

4. Bei verstorbenem Patienten:

Erbenstellung des Mandanten:

siehe Erbschein des AG vom in Kopie anbei.

5. Krankenversicherer // Name und Adresse // mit Versicherungsnummer:

.....
.....

6. Rechtsschutzversicherer // Name und Adresse // mit Versicherungsnummer:

.....
.....

II. Behandlungsumstände

Ansprüche werden geltend gemacht aufgrund des Behandlungsgeschehens vom

.....
.....

(Tag der Behandlung, bei mehrzeitigem Behandlungsgeschehen/stationärem Aufenthalt: Zeitraum, ggf. konkreter Tag des fehlerhaften Verhaltens)

durch (Name des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärzte / ggf. Unbekannt)

in der Praxis / im Krankenhaus:

.....
.....

1. Behandlungsgrund: (Diagnose/Grundleiden/Grunderkrankung)

.....
.....

2. Behandlungsziel:

.....
.....

Vorleiden, die mit dem behandelten Leiden in Zusammenhang stehen oder stehen könnten:

.....
.....

3. Behandlungschronologie (in knappen Stichworten):

.....
.....
.....
.....
.....

4. Ambulante Behandlung am: bei:

5. Stationäre(r) Aufenthalt(e) im Krankenhaus:

von bis

Weitere stationäre Aufenthalte: (bitte jeweils Krankenhaus/Rehaklinik und den Aufnahme- und Entlassungstag angeben)

.....
.....
.....
.....
.....

6. Beteiligte Ärzte (ggf. mit Behandlungsdatum):

- Hausarzt (vollständiger Name, Praxissitz)

.....
.....

- Facharzt (vollständiger Name, Facharztbezeichnung, Praxissitz)

.....
.....

- Krankenhausärzte (Name, Adresse, Facharztbezeichnung, medizinische Abteilung, Funktion in der Krankenhaushierarchie: etwa Chefarzt, Oberarzt, Assistenzarzt; Funktion bei konkreter Behandlung: etwa Operateur, Stationsarzt, Narkosearzt)

.....
.....

- Eventuell weitere nachbehandelnde Ärzte/Krankenhäuser/Rehakliniken:

.....
.....
.....

III. Vorwurf

Worin sehen Sie den konkreten Fehler der Behandlung? (knappe Darstellung des Behandlungsgeschehens, der Beschwerden, negative Behandlungsfolgen, unzureichende Aufklärung?)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

IV. Schaden:

Zwecks Bezifferung der Schäden sind Berechnungsgrundlagen aufzustellen und, soweit möglich, mit Belegen **alle Schadenspositionen** nachzuweisen: Welcher Schaden ist Ihnen entstanden oder wird Ihnen noch entstehen **aufgrund** des mutmaßlichen ärztlichen Fehlverhaltens?

1. **Heilbehandlungskosten** (soweit nicht von einem Versicherungsträger übernommen, also etwa Zuzahlungen, Eigenanteil, Fahrtkosten): **Bitte Auflistung mit Daten und Zahlungsbeträgen und ggf. Belege beifügen, damit wir den konkret bezifferten Schaden für Sie geltend machen können.**

.....
.....
.....
.....

2. **Sonstige Vermögensschäden** (etwa: Verdienstaussfall, entgangener Gewinn, Betreuungslösungen durch Pflegedienste, Einschränkungen bei der Haushaltsführung: für wie viele Personen, einschließlich Ihrer Person führen Sie den Haushalt? Wie viele davon sind minderjährige Kinder? Wie viele m² beträgt in etwa Ihre Wohnfläche und ihre Gartenfläche? Leben Sie zur Miete oder im Eigenheim?
Bei verstorbenem Patienten: Beerdigungskosten, entgangener Unterhalt

.....
.....
.....

Bitte Auflistung und gegebenenfalls Belege beifügen, damit wir den konkret bezifferten Schaden für Sie geltend machen können.

.....
.....
.....
.....

3. **Schmerzensgeld** (immaterieller Schaden, der nicht wirtschaftlich fassbar ist). Bitte nennen Sie die Umstände, aus denen Sie Schmerzensgeldforderung ableiten (also neben **Art, Dauer, Heftigkeit** von Schmerzen auch alle sonstigen körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen, Beeinträchtigungen der Lebensfreude wie etwa Unmöglichkeit der weiteren Ausübung eines Hobbys, Sport zu treiben o. ä. Bitte geben Sie auch an, wie lange die Beeinträchtigungen hinzunehmen waren bzw. welche anhalten und welche wohl dauerhaft in Kauf genommen werden müssen).

Bitte machen Sie hierzu ausführliche Angaben gerne auf einem extra Blatt. Erst mit Ihren Informationen können wir vergleichbare Fälle der aktuellen Rechtsprechung recherchieren und die Höhe der möglichen Schmerzensgeldforderung ermitteln und geltend machen.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!
Wir werden uns mit all unserem Fachwissen und Engagement zur Durchsetzung Ihres Rechts einsetzen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Mandant

Anlagen: Auflistung und Belege zum materiellen Schaden und Schmerzensgeld