

Haftpflicht-Schadenanzeige

für Personenverletzung anlässlich einer ärztlichen Behandlung

Anlage S 111 Seite 1 von 4

Interne Angaben	Versicherungsscheinnummer	Agenturnummer	Schadennummer

Zur Beachtung Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das vorliegende Formular vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen und unverzüglich zurückzusenden. Das Formular darf nicht dem Geschädigten zur Beantwortung übergeben werden. Der Versicherungsnehmer ist nicht berechtigt, ohne ausdrückliche Einwilligung der Gesellschaft den Haftpflichtanspruch ganz oder teilweise anzuerkennen oder den Geschädigten zu befriedigen (vgl. § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung).

1. Versicherungsnehmer Name, Vorname Telefon-Nr.

PLZ, Straße/Haus-Nr., Wohnort

Approbation/Facharztanerkennung seit Fachrichtung

2. Stellung des Arztes
In welcher Eigenschaft haben Sie den Patienten behandelt?

freiberuflich tätiger Arzt Praxisvertreter von Dr.
 Belegarzt im Krankenhaus

Haftpflichtversicherung des Vertretenen

Medizinstudent im Prakt. Jahr Assistenzarzt im Angestelltenverhältnis Krankenhaus-Chefarzt
 Medizinalassistent Oberarzt im Beamtenverhältnis

Falls angestellter oder beamteter Arzt

Wer ist Ihr Dienstherr (Träger des Krankenhauses bzw. anstellende Behörde)?

Gehört der Träger des Krankenhauses dem kommunalen Schadenausgleich an? ja nein

Gehört die Behandlung von Privatpatienten zu Ihren dienstlichen Aufgaben? ja nein

Liegt ein schriftlicher Dienstvertrag vor? nein ja, bitte Dienstvertrag zu treuen Händen beifügen.

Besteht für Sie über Ihren Dienstherrn eine Haftpflichtversicherung? nein ja, bitte Name der Gesellschaft und Policen-Nr. angeben.

Gehören Sie einem ärztlichen Fachverband an? nein ja, bitte Name und Adresse angeben.

3. Patient Name, Vorname Geburtsdatum

PLZ, Straße/Haus-Nr., Wohnort

Familienstand Beruf

ledig verheiratet verwitwet geschieden

Wie viele Kinder sind vorhanden und in welchem Alter sind sie? Anzahl Alter

Wer ist Krankenversicherer?

6. Aufklärung	a) Haben Sie den Patienten über Art, Umfang und Alternativen der Behandlung aufgeklärt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Auch über die Möglichkeit der eingetretenen Komplikation?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	b) Zu welchem Zeitpunkt und auf welche Weise erfolgte die Aufklärung?	am _____	<input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> mündlich
	c) Waren Zeugen zugegen? (Namen und Anschriften bitte angeben)	_____	
			<input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> mündlich
	d) Hat der Patient seine Einwilligung zur Vornahme der Behandlung uneingeschränkt erteilt?	am _____	
7. Art und Umfang des Schadens	a) Welche Verletzungen oder Gesundheitsschädigungen hat der Patient anlässlich der Behandlung erlitten?	_____	

	b) Wie war der Heilungsverlauf?	_____	
	c) Wie ist sein augenblicklicher Zustand?	_____	
	d) Welche Therapie schlagen Sie zur Wiederherstellung oder Besserung des Gesundheitszustandes vor?	_____	

	e) Welche Zeit wird die Wiederherstellung des Patienten bezüglich des behaupteten Behandlungsfehlers in Anspruch nehmen?	ohne Berücksichtigung des Grundleidens	mit Berücksichtigung des Grundleidens
8. Vorschäden	War der Verletzte bereits anderweitig geschädigt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, zu _____ %
	Wird eine Rente bezogen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____
9. Verursachung und Verschulden	Ist der behauptete Schaden durch Sie oder eine(n) Ihrer Angestellten verursacht worden?	<input type="checkbox"/> durch mich <input type="checkbox"/> durch eine(n) meiner Angestellten <input type="checkbox"/> durch dritte Personen	Ausbildung des/der Angestellten <input type="checkbox"/> Urlaubs-Vertreter <input type="checkbox"/> ständiger Vertreter
	a) bei Verursachung durch Sie:	Trifft Sie an der Herbeiführung des Schadens ein Verschulden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grund: _____
		Hätten Sie den Schaden verhindern können?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch _____
	b) bei Verursachung durch angestellte Personen:	Namen und Anschriften der Personen _____ _____	

10. Mitverschulden des Patienten	a) Ist der Schaden durch die Unvorsichtigkeit oder Schuld des Patienten selbst entstanden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	b) Oder wurde er dadurch noch verschlimmert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	c) Hätte der Patient den Schaden Ihrer Ansicht nach verhüten können?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	d) Wenn ja, auf welche Weise?	<hr/> <hr/>	

11. Ermittlungs-/Strafverfahren	Schwebt ein Ermittlungs- oder Strafverfahren?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unbekannt
	Gegen wen?	Bei welcher Behörde?	Unter welchem Aktenzeichen?	

12. Ersatzansprüche (Ihnen zugegangene Schreiben, Rechnungen und sonstige Belege fügen Sie bitte der Schadenanzeige bei.)	a) Sind Ersatzansprüche gegen Sie gestellt worden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von
		Wann?	

13. Gutachter (Die Beauftragung des Gutachters im Bedarfsfall bleibt dem Haftpflichtversicherer überlassen.)	Welcher Gutachter könnte sich auf Grund seiner besonderen Fachkenntnisse zur Frage eines evtl. Behandlungsfehlers äußern?	Name und Anschrift
	<hr/> <hr/>	

14. Schlichtungs-/Gutachterverfahren	a) Ist ein Schlichtungs-/Gutachterverfahren anhängig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei
	b) Sind Sie ggf. mit der Durchführung eines derartigen Verfahrens bei der zuständigen Ärztekammer einverstanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

15. Direkte Regulierung	Sind Sie damit einverstanden, dass der Versicherer nach Prüfung der Sach- und Rechtslage den Schaden mit dem Anspruchsteller direkt reguliert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Bestätigung	Ich bestätige, auch für den Fall, dass ich nicht selbst geschrieben habe, mit meiner Unterschrift die Richtigkeit	obiger Angaben, wobei mir bekannt ist, dass bewusst wahrheitswidrige oder lückenhafte Aussagen den Ver-	sicherungsschutz gefährden, auch wenn dem Versicherer durch Sie kein Nachteil entsteht.
-------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

Unterschrift	Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
<hr/>		