

FRAGEBOGEN ARZTHAFTUNG

Kontaktperson

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Email:

Geschädigter

Name, Vorname:

Geburtsdatum, Geburtsort:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Beruf:

Rechtsschutzversicherung, Versicherungsscheinnummer (falls vorhanden):

Schädiger

Arzt, Ärzte (Name und Adresse)

Krankenhaus, Krankenhäuser (Name und Adresse)

Woraus ergibt sich Ihre Überzeugung, dass der oben genannte Schädiger, den Gesundheitszustand verursacht hat? Existiert hierzu auch eine ärztliche Einschätzung?

Wie hätte vorgegangen werden müssen, um den Schadenseintritt zu verhindern?

Wann, von wem und wie wurden Sie über die geplante Behandlung und die damit verbundenen Risiken informiert?

Wurden Sie dabei über das nun eingetretene Risiko aufgeklärt?

ja

nein

Wurden Sie in diesem Zusammenhang über alternative Behandlungsmöglichkeiten informiert?

ja

nein

Welche Informationen erscheinen Ihnen an dieser Stelle noch wichtig?