

# Fragebogen zu Behandlungsfehlern

## I. Erkrankung/Behinderung

Wegen welcher **Erkrankung/Verletzung** haben Sie sich in ärztliche Behandlung begeben?

---

---

**Wo** wurden Sie behandelt?

Wenn möglich genaue Adresse des Krankenhauses

---

---

---

Wann wurden Sie **ambulant** bzw. **stationär** behandelt?

Bitte Zeitraum, bei Operation auch Tag der Operation angeben.

---

---

---

Von **wem** wurden Sie behandelt?

Bitte Namen und, wenn möglich, auch Adresse angeben.

---

---

Welche **Behandlung, Therapie** oder **Diagnostik** wurde durchgeführt?

---

---

---

Worin besteht Ihrer Meinung nach der **ärztliche Behandlungsfehler**?

---

---

---

Haben Sie irgendwelche **Kranken- oder Behandlungsunterlagen** in Ihrem Besitz?

Wenn ja, bitten wir diese beizufügen

Haben Sie bereits irgendwelche **Ansprüche gegen den Schädiger** geltend gemacht?

---

---

## II. Aktueller Gesundheitszustand

Worin besteht/bestand Ihre **Behinderung/Ihr Schaden**?

---

Handelt es sich um einen **dauerhaften** oder **vorübergehenden** Schaden?

---

## III. Allgemeine Auswirkungen

Wie hat sich die Behinderung auf Ihren **Tagesablauf** ausgewirkt?

---

Haben Sie **fremde Hilfe** benötigt bei:

- Körperpflege
- Hygiene
- An- und Ausziehen
- Nahrungsaufnahme
- Fortbewegung
- Hausarbeit
- Autofahren
- weitere

Haben Sie in Folge Ihrer Verletzung/Behinderung **materielle Mehraufwendungen** gehabt, die nicht von dritter Seite ersetzt wurde, wie

- Fahrten zu Ärzten, Krankengymnasten (Transportmittel, Entfernung, Häufigkeit)

---

---

- erhöhter Wasser- und Stromverbrauch
- erhöhte Heizkosten
- spezielle Nahrungsmittel
- Neuanschaffung in Folge der Verletzung, z.B. weite Kleidung aufgrund Unbeweglichkeit, Haushaltsmaschinen, andere Hilfsmittel
- Mussten Sie irgendwelche Zuzahlungen zu Krankenbehandlungsmaßnahmen oder Medikamenten leisten?

Hatten oder haben Sie einen **Verdienstaufschlag**?

Bekommen Sie **Krankengeld**?

#### IV. Auswirkungen auf den Beruf

Hat die Verletzung Auswirkungen auf Ihre **berufliche Tätigkeit** gehabt, wie z.B.

- Ver- oder Umsetzung
- geringere Wochenarbeitszeiten
- Entlassung

Wie sieht Ihre **berufliche** Zukunft aus?

Wie hätte sich Ihre **Karriere ohne die Behinderung** entwickelt?

---

---

---

Können Sie in Zukunft **noch berufstätig** sein?

Wenn ja, in welchem Umfang?

---

---

---

#### V. Auswirkungen auf das Privatleben

Wie hat sich die Behinderung auf Ihre **häuslichen Tätigkeiten** ausgewirkt?

Inwieweit sind Ihre **Hobbies** betroffen?

---

---

---

#### VI. Wie wurden/werden Sie mit Ihrer Situation fertig?

Wie empfinden sie selber Ihre Situation?

Haben Sie **psychische Beschwerden**?

Sind Sie deswegen vielleicht sogar in ärztlicher Behandlung?

---

---

---

#### VII. Sind Sie rechtsschutzversichert?

Wenn ja, wo? Wie lautet die Versicherungsnummer:

---