

Antrag auf Durchführung eines Schlichtungsverfahrens



Schlichtungsstelle
für Arzthaftpflichtfragen

DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

Aktenzeichen der Schlichtungsstelle
(falls bekannt):

I. Patientendaten (Pflichtangaben)

Nachname

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ

Ort

ggf. Sterbedatum

 m w d

Geschlecht

Telefon

E-Mail

II. Angaben zu Dritten, wenn die Patientin/der Patient das Verfahren nicht selbst durchführt

*In Betracht kommen hier bevollmächtigte Vertreter, Erben, Hinterbliebene, Sorgeberechtigte und Betreuer.
Bitte fügen Sie diesem Antrag einen geeigneten Nachweis bei, z. B. Kopie einer Vollmacht, Erbschein, Testament,
Nachweis des alleinigen Sorgerechts, Betreuungsurkunde, etc.*

Nachname

Vorname

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Stellung zum Patienten

III. Behandlungsfehlervorwurf

1. Wer hat Sie aus Ihrer Sicht falsch behandelt?
In welcher Praxis und/oder in welchem Krankenhaus wurden Sie Ihrer Ansicht nach falsch behandelt?

Name Arzt/Ärztin

Anschrift Praxis/Krankenhaus

Abteilung/Fachrichtung

2. Wann hat die gegenständliche Behandlung stattgefunden?

Zeitpunkt/Zeitraum

- 3.1 Was war der Grund für den Arztbesuch/Krankenhausaufenthalt?

3.2 Was war an der ärztlichen Behandlung Ihrer Ansicht nach falsch?
Schildern Sie uns dies so gut Sie können.

3.3 Welcher Gesundheitsschaden ist Ihnen durch die nach Ihrer Ansicht falsche Behandlung entstanden? Welche Komplikation ist eingetreten?

IV. Vor- und nachbehandelnde Ärzte und Ärztinnen

1. Hausarzt/Hausärztin

Name, Adresse

2. Wo wurden Sie vor der Ihrer Ansicht nach fehlerhaften Behandlung ärztlich behandelt?

2.1

Name, Adresse

Abteilung/Fachrichtung

Behandlungszeitraum

2.2

Name, Adresse

Abteilung/Fachrichtung

Behandlungszeitraum

3. Wo wurden Sie nach der Ihrer Ansicht nach fehlerhaften Behandlung ärztlich behandelt?

3.1

Name, Adresse

Abteilung/Fachrichtung

Behandlungszeitraum

3.2

Name, Adresse

Abteilung/Fachrichtung

Behandlungszeitraum

3.3

Name, Adresse

Abteilung/Fachrichtung

Behandlungszeitraum

3.4

Name, Adresse

Abteilung/Fachrichtung

Behandlungszeitraum

Geben Sie bitte nur die Ärzte, Ärztinnen, Praxen und Krankenhäuser an, die im Zusammenhang mit der beanstandeten Behandlung aufgesucht wurden.

V. Sonstige Angaben

1. Haben Sie wegen der gegenständlichen Behandlung bereits Klage bei Gericht erhoben oder Anzeige bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft erstattet?

Ja

Nein

Falls ja, teilen Sie uns bitte das Aktenzeichen und das Gericht oder die Staatsanwaltschaft mit:

2. Ist wegen des zur Begutachtung gestellten Sachverhalts bereits ein Verfahren bei einer anderen Schlichtungsstelle oder Gutachterkommission einer Landesärztekammer anhängig?

Ja

Nein

Falls ja, teilen Sie uns bitte den dortigen Antragsgegner sowie das Aktenzeichen der Schlichtungsstelle / Gutachterkommission mit:

3. Wurde im Zusammenhang mit der gegenständlichen Behandlung bereits ein Gutachten (z. B. durch den Medizinischen Dienst oder durch die Renten- oder Unfallversicherung) erstellt?

Ja

Nein

Falls ja, durch wen?

Bitte fügen Sie das Gutachten dem Antrag bei.

4. Ist wegen der aus Ihrer Sicht fehlerhaften Behandlung bereits Korrespondenz mit dem Arzt/der Ärztin/dem Krankenhaus geführt worden?

Ja

Nein

Falls ja, bitten wir um Überlassung des Schriftwechsels.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein (Art. 13, 14 DSGVO) zur Kenntnis genommen habe und mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten, soweit dies für die Durchführung des Schlichtungsverfahrens notwendig ist, einverstanden bin. Diese Informationen können jederzeit unter <https://www.aeksh.de/buergerinnen-und-buerger/konflikte/schlichtungsstelle-patient> erneut abgerufen oder in schriftlicher Form bei der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Schleswig-Holstein angefordert werden.

Ich/wir unterschreibe/n diesen Antrag als

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Patient persönlich | <input type="checkbox"/> Erbin/Erbe/n |
| <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r Vertreter/in | <input type="checkbox"/> Hinterbliebene/r |
| <input type="checkbox"/> Gesetzliche/r Vertreter/in des Patienten/der Patientin | |

Wichtig für Eltern und Sorgeberechtigte: Beide müssen den Antrag gemeinsam unterschreiben oder der eine Elternteil/Sorgeberechtigte muss dem anderen eine Vollmacht erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Wichtig: Um sich als Antragsteller eindeutig zu identifizieren, laden Sie bitte eine Kopie Ihres Personalausweises (Vorder- und Rückseite) in unserem Portal hoch. Sie können alle Ausweisdaten, die nicht zur Identifikation benötigt werden, auf der Ausweiskopie schwärzen (insbesondere die auf dem Ausweis aufgedruckte Zugangsnummer sowie die Seriennummer, den Geburtsort, die Nationalität, die Augenfarbe, die Größe, das Ausstellungsdatum sowie den maschinenlesbaren Bereich und den Sicherheitsfaden). Sobald die Identifikation abgeschlossen ist, wird die Ausweiskopie unverzüglich gelöscht.

Bitte beachten Sie:

Für einen vollständigen Antrag ist **zwingend** unser Antragsformular einschließlich der Anlagen sowie eine von dem Patienten unterschriebene Schweigepflichtentbindungserklärung einzureichen. Sollte der Patient verstorben sein, benötigen wir stattdessen eine Erklärung, durch die die Schlichtungsstelle ermächtigt wird, das Recht der Erben auf Einsichtnahme in die Patiententakte aus § 630g Abs. 3 BGB geltend zu machen. Bitte beachten Sie, dass auch eine Bekanntgabe Ihres Antrags an den Antragsgegner erst erfolgt, wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind.