

Einwilligungserklärung zum Antrag
auf Durchführung eines
Schlichtungsverfahrens
- für Erben -



Schlichtungsstelle
für Arzthaftpflichtfragen
DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

Daten des/der Patienten/in

Nachname

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

letzte Adresse

PLZ

Ort

Sterbedatum

 m w d

Geschlecht

Daten des/der Antragstellers/in

Nachname

Vorname

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

1. Erklärung der Erbenstellung

Ich bin Erbe/Erbin der oben genannten Patientin/des oben genannten Patienten und möchte vermögensrechtliche Interessen geltend machen.

Ja

Nein

2. Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung von Daten

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein erhebt, verarbeitet und speichert im Rahmen des beantragten Schlichtungsverfahrens die Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten der Patientin oder des Patienten sowie personenbezogene Daten des Antragstellers oder der Antragstellerin, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens notwendig ist.

Hierzu erbitten wir die Abgabe der folgenden Einwilligungserklärung:

Ich willige ein, dass die Ärztekammer Schleswig-Holstein die von mir mit der Antragstellung übermittelten personenbezogenen Daten sowie die Gesundheitsdaten speichert und verarbeitet, soweit dies im Rahmen des Schlichtungsverfahrens erforderlich ist.

Ja

Nein

Ich willige ein, dass die Ärztekammer Schleswig-Holstein bei den von mir im beigefügten Antrag aufgeführten Personen und Institutionen (z. B. Ärzte/innen, Krankenhäuser, Gutachter/innen, Sozialversicherungsträger, Behörden, Gerichte) die erforderlichen Unterlagen, die mit der beanstandeten Behandlung im Zusammenhang stehen, anfordert und im Verfahren verwertet. Ich willige zugleich ein, dass die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Schleswig-Holstein in diesem Zusammenhang das mir zustehende Recht auf Einsichtnahme in die Patientenakte nach § 630g Abs. 3 BGB geltend macht.

Ja

Nein

Sollte im Verlauf des Verfahrens die Beiziehung ergänzender Behandlungsunterlagen bei weiteren Personen oder Institutionen erforderlich werden, willige ich ein, dass die Schlichtungsstelle auch diese Unterlagen anfordert und im Verfahren verwendet. Ich erkläre mich zugleich damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Schleswig-Holstein in diesem Zusammenhang das mir zustehende Recht auf Einsichtnahme in die Patientenakte nach § 630g Abs. 3 BGB geltend macht.

Ja

Nein

Hinweis: Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, dass die Schlichtungsstelle ergänzende Behandlungsunterlagen bei weiteren Personen oder Institutionen anfordert, besteht die Möglichkeit, dass die Schlichtungsstelle Ihnen die entsprechenden Personen oder Institutionen mitteilt und Sie für den jeweiligen Einzelfall Ihr Einverständnis zur Beiziehung der Verfahrensunterlagen erteilen. Dies wird jedoch zu einer Verzögerung des Verfahrens führen.

Wenn Sie keine Einwilligung zur Anforderung von Behandlungsunterlagen durch die Schlichtungsstelle abgeben möchten, können Sie in diesem Fall die Krankenunterlagen selbst beschaffen und uns übersenden.

3. Einwilligung zur Weitergabe von Daten an die Beteiligten, Vertreter, Versicherungsmakler Haftpflichtversicherer

Wie Sie als Antragsteller/in können sich auch die Ärzte/innen und Behandlungseinrichtungen im Verfahren von Dritten vertreten lassen.

Ich willige ein, dass die Ärztekammer Schleswig-Holstein den/die in Anspruch genommenen Ärzten/innen sowie Behandlungseinrichtungen, deren Vertreter/innen (z. B. Rechtsanwälte/innen, bevollmächtigte Versicherungsmakler/innen) die zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Daten auf Anforderung übermittelt und diese vom vertretungsberechtigten bzw. bevollmächtigten Dritten erhoben, gespeichert und genutzt werden, soweit dies für die Bearbeitung des möglichen Schadensersatzanspruchs erforderlich ist.

Ja

Nein

Ärzte/innen sowie die Behandlungseinrichtungen sind zudem gegen Schadensersatzansprüche, die sich aus der Berufstätigkeit ergeben, versichert (Berufshaftpflichtversicherung).

Es obliegt dem/der Versicherungsnehmer/in (z.B. Arzt/Ärztin oder Behandlungseinrichtung) dem zuständigen Haftpflichtversicherer jeden Versicherungsfall innerhalb einer Woche anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadensersatzansprüche erhoben worden sind (§ 104 VVG). Dies gilt auch für ein Verfahren bei der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen.

Der Versicherungsschutz umfasst u. a. die Prüfung der Haftungsfrage durch die Haftpflichtversicherung, die bevollmächtigt ist, alle ihr zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadensersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des/der Versicherungsnehmers/in abzugeben. Der/die Versicherungsnehmer/in ist seiner-/ihrerseits verpflichtet, der Haftpflichtversicherung alle relevanten Unterlagen zugänglich zu machen. Dies umfasst auch die im Verfahren anfallenden Daten. Für die Bearbeitung eines möglichen Schadensersatzanspruchs kann es weiterhin erforderlich sein, dass die Schlichtungsstelle die im Laufe des Verfahrens erhobenen Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten an den

Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigte/n Rechtsanwalt/in oder bevollmächtigte/n Versicherungsmaklerin übermittelt.

Ich willige ein, dass die Ärztekammer Schleswig-Holstein die zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Daten direkt an den zuständigen Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigte/n Rechtsanwalt/in oder einem bevollmächtigte/n Versicherungsmakler/in auf Anforderung übermittelt und diese vom Haftpflichtversicherer oder vertretungsberechtigten bzw. bevollmächtigten Dritten erhoben, verarbeitet und genutzt werden, soweit dies für die Bearbeitung des möglichen Schadenersatzanspruchs erforderlich ist.

Ja

Nein

Soweit Gutachter/innen im Rahmen des Schlichtungsverfahrens mit der Begutachtung beauftragt werden, willige ich ein, dass diesen die zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt werden.

Hinweis: Anderenfalls kann ggf. keine Begutachtung und damit keine Bearbeitung Ihres Antrags erfolgen.

Ja

Nein

Ich willige ein, dass die beauftragten externen sachverständigen Gutachter/innen zum Zwecke der Qualitätssicherung eine Kopie der abschließenden Bewertung der Schlichtungsstelle erhalten.

Ja

Nein

4. Einwilligung zur Kontaktaufnahme mit anderen zuständigen Schlichtungsstellen/Gutachterkommissionen

Ist wegen des zur Begutachtung gestellten Sachverhalts bereits ein Verfahren bei einer anderen zuständigen Schlichtungsstelle/Gutachterkommission einer Landesärztekammer anhängig oder richtet sich der Schlichtungsantrag auch gegen ärztliche Behandlungen, die nicht im Zuständigkeitsbereich der Ärztekammer Schleswig-Holstein stattgefunden haben, ist die vollumfängliche Überprüfung der gesamten Behandlung bei einer Schlichtungsstelle/Gutachterkommission möglich, sofern ein Sachzusammenhang besteht.

Ich willige ein, dass die Schlichtungsstelle in diesem Fall Kontakt zu der anderen zuständigen Schlichtungsstelle/Gutachterkommission aufnimmt, um die Möglichkeit der Durchführung eines einheitlichen Verfahrens bei einer der zuständigen Schlichtungsstellen/Gutachterkommissionen zu prüfen.

Ja

Nein

Die erteilten Einwilligungen können ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ein Widerruf kann dazu führen, dass das Verfahren nicht fortgesetzt werden kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt „Informationen zum Datenschutz“ zur Kenntnis genommen habe und mit den beschriebenen Vorgehensweisen einverstanden bin. Die Datenschutzinformationen können jederzeit auf unserer Homepage unter <https://www.aeksh.de/buergerinnen-und-buerger/konflikte/schlichtungsstelle-patient> oder in schriftlicher Form erneut angefordert werden.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)