

Absender:

Nachname: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____

Datum: _____

**An die
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
- Gemeinsamer Schlichtungsausschuss zur Begutachtung ärztlicher
Behandlungen für Rheinland-Pfalz und das Saarland -
Mittlere Bleiche 40
55116 Mainz**

Schlichtungsantrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

wegen einer fehlerhaften ärztlichen Behandlung, die zu einem nicht nur unerheblichen Gesundheitsschaden geführt hat, bitte ich um Durchführung eines Schlichtungsverfahrens.

Die **Patientendaten** lauten:

Nachname: _____
Vorname: _____
Straße, _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon/Fax/E-Mail: _____
ggf. Geburtsname
/früherer Name: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____

Mein **Vorwurf** richtet sich gegen **Krankenhaus/ Praxis, MVZ:**

Name des Arztes/der _____
(evtl. Krankenhaus/Klinik) _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____

- () **Für den Patienten handele ich als**
() dessen **Vertreter** (die Vollmacht ist beigefügt)
() dessen **Betreuer** (die Betreuungsurkunde ist beigefügt)
() dessen **Erbe** (Unterlagen sind beigeführt).

Sachverhaltsdarstellung:

Zur Ergänzung meines Vortrags darf ich auf das beigefügte ausgefüllte und unterzeichnete **Kontrollblatt** verweisen. Eine unterzeichnete **Schweigepflichtentbindungserklärung** liegt ebenfalls bei. Soweit sich **Krankenunterlagen** in meinem Besitz befinden, überreiche ich sie hiermit dem Schlichtungsausschuss mit der Bitte, mir nach Abschluss des Verfahrens die Unterlagen wieder zuzusenden.

Unterschrift (als Patient/Patientin, als gesetzl. Vertreter/Vertreterin, als Erbe/Erbin)



Aktenzeichen: _____

Kontrollblatt

Hinweis: Auch wenn Sie in Ihrer Antragschrift schon Angaben gemacht haben, beschleunigt es die Bearbeitung Ihres Antrags wesentlich, wenn Sie die nachfolgend gestellten Fragen vollständig beantworten. Das erspart in der Regel erneute Anfragen und damit verbundene Verzögerungen. Falls die Fragen 11.) und 12.) nicht beantwortet werden, kann zudem kein Schlichtungsverfahren durchgeführt werden.

1.) Patientendaten:

Nachname: _____
Vorname: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon/Fax/E-Mail: _____
ggf. Geburtsname/früherer _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____

2.) Warum haben Sie sich in ärztliche Behandlung begeben (z.B. wegen Schmerzen, Vorsorgeuntersuchung u.s.w.)?

3.) Wann hat die beanstandete ärztliche Behandlung stattgefunden?

4.) Wo ist die beanstandete ärztliche Behandlung erfolgt?

5.) Gegen welches Krankenhaus/ Praxis, MVZ richtet sich Ihre Anschuldigung?
(Die genaue Anschrift ist erforderlich für eine schnelle Bearbeitung)

Name des Krankenhauses _____
Name der Praxis / MVZ _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____

6.) Gegen wen richtet sich Ihre Anschuldigung noch?
(Auch hier ist die genaue Anschrift für eine schnelle Bearbeitung erforderlich)

7.) Welche ärztlichen Tätigkeiten halten Sie für fehlerhaft?

8.) Woraus schließen Sie auf einen ärztlichen Fehler?

9.) Welche Gesundheitsschäden sind Ihnen durch die fehlerhafte Behandlung entstanden?

(Bitte unterscheiden Sie zwischen vorübergehenden Schäden und Dauerschäden)

10.) Welche Ärzte haben Sie nach der Schädigung behandelt?

Name/Kranken-

Fachrichtung:

Behandlung von -

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

11.) Ist wegen der geltend gemachten Schädigung bereits ein Verfahren bei einer Staatsanwaltschaft oder einem Gericht (Straf- oder Zivilprozess) eingeleitet worden?

Ja Nein

(Falls ja, bitte Aktenzeichen und Staatsanwaltschaft/Gericht angeben)

12.) Wurde wegen der von Ihnen vermuteten ärztlichen Fehlbehandlung bereits ein Gutachten erstellt, z. B. des MDK?

Ja Nein

(Falls ja, bitte eine Kopie dieses Gutachtens beilegen)

_____, den _____
 (Ort) (Datum) (Unterschrift als Patient/in, als gesetzl. Vertreter/Vertreterin, als Erbe/Erbin)



Aktenzeichen: _____

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zum Antrag auf Überprüfung einer ärztlichen Behandlung

Patientendaten

Nachname	Geburtsname	Vorname	Geburtsdatum
Straße / Nr.	PLZ	Ort	

1. Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten sowie Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Schlichtungsstelle erhebt, verarbeitet und nutzt im Rahmen der beantragten Begutachtung Gesundheits- und sonstige personenbezogene Daten des Patienten, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens notwendig ist. Hierzu bitten wir um Abgabe der nachstehenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle bei den von mir im Schlichtungsantrag und im Kontrollblatt aufgeführten Personen und Stellen (z.B. Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, Sozialversicherungsträger, Behörden, Gerichte) die erforderlichen Unterlagen, die mit der beanstandeten Behandlung im Zusammenhang stehen, anfordert und im Verfahren verwertet. Ich entbinde die aufgeführten Personen und Stellen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Sollte im Verlaufe des Verfahrens die Beiziehung ergänzender Behandlungsunterlagen bei weiteren Personen oder Stellen notwendig werden, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle auch diese Unterlagen anfordert und im Verfahren verwertet. Ich entbinde die entsprechenden Personen und Stellen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Hinweis: Sollten Sie mit dem Inhalt dieser Erklärung nicht einverstanden sein, besteht die Möglichkeit, dass die Schlichtungsstelle Ihnen die entsprechenden Personen oder Stellen mitteilt und Sie für den jeweiligen Einzelfall eine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung erteilen. Dies wird zu einer Verzögerung des Verfahrens führen. Wenn Sie keine Einwilligung zur Datenerhebung abgeben möchten, können wir für Sie nur tätig werden, wenn Sie uns die Krankenunterlagen selbst beschaffen und übersenden.

Die Schlichtungsstelle legt Wert auf bestmöglich qualifizierte Gutachter. Zu diesem Zweck bitten wir Sie um Ihr Einverständnis, dem beauftragten Gutachter eine Kopie der abschließenden Entscheidung zuzusenden.

2. Weitergabe von Daten an die am Verfahren beteiligten Ärzte und Krankenhäuser

Wie auch Patienten können sich Ärzte und Krankenhäuser von Dritten vertreten lassen. Der im konkreten Fall vertretungsberechtigte Dritte wird Ihnen unverzüglich benannt, sobald er der Schlichtungsstelle bekannt gegeben wurde.

Ich bin damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle meine zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Gesundheitsdaten direkt an den vertretungsberechtigten Dritten auf Anforderung übermittelt und diese vom vertretungsberechtigten Dritten erhoben, gespeichert und genutzt werden, soweit dies für die Bearbeitung des möglichen Schadenersatzanspruchs erforderlich ist. Insoweit entbinde ich die Schlichtungsstelle sowie die beteiligten Ärzte und Krankenhäuser von ihrer Schweigepflicht.

3. Einwilligung in die Weitergabe von Daten an den Haftpflichtversicherer

Ärzte sind gegen Schadensersatzansprüche, die sich aus ihrer Berufstätigkeit ergeben können, versichert (Berufshaftpflichtversicherung). Es obliegt dem Versicherungsnehmer (z. B. Arzt oder Krankenträger), dem zuständigen Haftpflichtversicherer jeden Versicherungsfall innerhalb einer Woche anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadensersatzansprüche erhoben worden sind (§ 104 VVG). Dies gilt auch für Verfahren vor der Schlichtungsstelle. Der Versicherungsschutz umfasst u. a. die Prüfung der Haftungsfrage durch den Haftpflichtversicherer, der bevollmächtigt ist, alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadensersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben. Der Versicherungsnehmer ist seinerseits verpflichtet, dem Haftpflichtversicherer 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 von ihr im Laufe des Verfahrens erhobenen Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten an den Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigten Rechtsanwalt übermittelt. Der im konkreten Fall zuständige Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigter Rechtsanwalt wird Ihnen unverzüglich benannt, sobald er der Schlichtungsstelle bekannt gegeben wurde.

Ich bin damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle die zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Daten direkt an den zuständigen Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigten Rechtsanwalt auf Anforderung übermittelt und diese vom Haftpflichtversicherer oder vertretungsberechtigten Dritten erhoben, verarbeitet und genutzt werden, soweit dies für die Bearbeitung des möglichen Schadensersatzanspruchs erforderlich ist. Sie werden dort für den Zweck des Verfahrens verwendet. Ich entbinde die Schlichtungsstelle auch insoweit von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit.

4. Einwilligung in die Übertragung von Aufgaben des Haftpflichtversicherers auf andere Stellen

Der Haftpflichtversicherer benötigt für bestimmte Aufgaben der Schadensbearbeitung den Sachverstand und die Kompetenz anderer Stellen. Er überträgt daher die Erledigung dieser Aufgaben z.B. einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass die im Rahmen des Verfahrens erhobenen Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten an diese Stellen weitergeleitet, dort verarbeitet und genutzt werden.

In der Regel erfolgt die Datenübermittlung auf Basis einer gesetzlichen Rechtsgrundlage. In bestimmten Fällen kann jedoch Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung an solche Stellen notwendig sein. Der Haftpflichtversicherer führt eine Liste über diese Stellen und Kategorien von Stellen, die Gesundheitsdaten für ihn erheben, verarbeiten oder nutzen. Die aktuell gültige Liste kann beim Haftpflichtversicherer angefordert oder auf dessen Internetseite eingesehen werden. Sobald der Haftpflichtversicherer der Schlichtungsstelle die aktuelle Internetadresse mitgeteilt hat, wird diese an Sie weitergeleitet. Diese enthält auch die Informationen zur Datenverarbeitung.

Ich willige ein, dass der Haftpflichtversicherer die erforderlichen Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt, und dass die Daten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Haftpflichtversicherer dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an den Haftpflichtversicherer zurück übermittelt und von diesem zweckentsprechend verwendet werden.

5. Weitere Rechte

Soweit Passagen dieser Erklärung nicht von Ihrer Zustimmung erfasst sein sollen, steht es Ihnen frei, dies durch Streichung kenntlich zu machen. Es wird darauf hingewiesen, dass eine solche Einschränkung der Erklärung zum Abbruch des Verfahrens führen kann.

Diese Erklärung kann ganz oder in Teilen für die Zukunft widerrufen werden. Ein Widerruf kann dazu führen, dass das Verfahren nicht fortgesetzt wird.

Ort, Datum

Unterschrift (als Patient / Patientin, als gesetzl.
Vertreter / Vertreterin, als Erbe)