

**Ulrich Conze  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Medizinrecht**

**Fragebogen Arzthaftung**

Durch die Beantwortung des nachfolgenden Fragebogens ermöglichen Sie mir eine erste Einschätzung Ihres Falls. Deshalb bitte ich höflich um sorgfältige und wahrheitsgemäße Ausfüllung. Sollten Sie bei der Ausfüllung des Fragebogens Fragen haben, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung. Meine Kontaktdaten lauten wie folgt:

**Telefon: 02154/886 441**

**Telefax: 02154/886 442**

**E-Mail: [info@conzepp.de](mailto:info@conzepp.de)**

**Homepage: [www.conzepp.de](http://www.conzepp.de)**

Ich rate dringend davon ab, unmittelbar Kontakt mit der Gegenseite aufzunehmen. Ansonsten laufen Sie Gefahr, Ihre Rechte ggf. ganz oder teilweise zu verlieren.

Die von Ihnen im Fragebogen gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der anwaltlichen Schweigepflicht!

**I. Personalien**

Patient (Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail):

---

---

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

ggf. Sterbedatum: \_\_\_\_\_

gesetzliche Vertreter (bei Minderjährigen, beide Elternteile, bei Betreuten: eingesetzt  
Betreuer: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

selbständig/angestellt: \_\_\_\_\_

bei verstorbenen Patienten: Erbenstellung/Erbschein: ja/nein, vom \_\_\_\_\_

Krankenversicherung (gesetzlich/privat):

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Rechtsschutzversicherung:

Name: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## II. Behandlungsdaten

Ich möchte Schadensersatzansprüche geltend machen, und zwar aufgrund einer  
Behandlung durch (behandelnder Arzt/behandelndes Krankenhaus/Anschrift):

---

---

---

---

---

---

---

Ich bin vom vorbezeichneten Arzt/Krankenhaus aus folgendem Grund behandelt  
worden:

---

---

---

---

---

### **III. Vorbehandelnde Ärzte**

Vor der Behandlung unter II. bin ich behandelt worden durch:

1. Hausarzt (Name, Anschrift)

---

2. Facharzt (Name, Anschrift)

---

3. Krankenhäuser (Name, Anschrift)

---

### **IV. Behandlungsfehlervorwurf**

Ich bin der Ansicht, dass ich fehlerhaft behandelt worden bin, weil

---

---

---

---

---

Was hätte Ihrer Überzeugung nach getan werden oder unterbleiben müssen, damit der Schaden nicht eingetreten wäre?

---

---

---

---

---

Aufgrund dieser Fehlbehandlung leide ich heute unter folgenden Schmerzen/  
Beschwerden/Dauerschäden:

---

---

---

---

---

### **V. Aufklärungsfehler**

Ich bin der Ansicht, dass ich vor der Operation nicht/nicht ausreichend aufgeklärt  
worden bin, weil

---

---

---

---

Wer hat mich ggf. wann, wie und worüber aufgeklärt?

---

---

---

---

Liegt ein schriftliches Aufklärungsformular vor? Ist Ihnen dieses von einem Arzt er-  
läutert worden? Haben Sie etwas unterschrieben?

---

---

---

---

Wann wurden Sie von wem über die geplante ärztliche Behandlung und das Behandlungsrisiko aufgeklärt? Wurden in diesem Zusammenhang Behandlungsalternativen dargestellt? Wurden Sie über das Risiko aufgeklärt, das eingetreten ist? Hätten Sie in den Eingriff eingewilligt, wenn Sie das Risiko gekannt hätten?

---

---

---

---

---

## **VI. Schaden**

Ich mache folgende Schadenspositionen geltend:

- Schmerzensgeld
- Verdienstaufschlag
- Betreuungsleistung durch Pflegedienste
- Haushaltsführungsschaden
- Beerdigungskosten
- Heilbehandlungskosten, die nicht von einem Versicherungsträger übernommen werden
- Sonstiges

---

---

---

---

---

Bitte beziffern Sie, soweit möglich, die Ihnen entstandenen Schäden:

---

---

---

---

---

**VII. Mir liegen folgende Behandlungsunterlagen vor:**

---

---

---

---

---

**VIII. Zeugen**

Gibt es Zeugen für die streitigen Ereignisse (Name, Vorname und Anschrift)?

---

---

---

---

**IX. Verjährung**

Seit wann wissen oder vermuten Sie, Opfer schuldhafter Verletzung ärztlicher Sorgfaltspflicht zu sein und kennen Sie Name und Anschriften der Verantwortlichen?

---

---

---

---

**X. Sachstand**

Was haben Sie bisher zur Realisierung Ihrer Schadensersatzansprüche unternommen? Haben Sie sich selbst in dieser Sache bereits mit dem Krankenhausträger, der Krankenhausverwaltung, den behandelnden Ärzten, der gegnerischen Haftpflichtversicherung, Ihrer Rechtsschutzversicherung, Ihrer Krankenversicherung, der zustän-

digen Ärztekammer, der Gutachterkommission, einem Patientenschutzbund, einem sonstigen Interessenverein oder Anwalt in Verbindung gesetzt:

---

---

---

---

---

### **XI. Sonstiges**

Bitte teilen Sie mir mit, was Sie ansonsten noch für wichtig halten.

---

---

---

---

---

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)