

## **Fragebogen für Patienten, die einen Behandlungsfehler oder einen Aufklärungsfehler vermuten**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten für Sie Ihre berechtigten Ansprüche durchsetzen. Diese sind Schadenersatz, Schmerzensgeld, ggf. eine Schmerzensgeldrente und die Feststellung, dass Ihnen auch sämtliche zukünftig weiter entstehenden Schäden ersetzt werden müssen. Es muss auch festgestellt werden, dass für den Fall nicht vorhersehbarer weiterer Folgen ein weiteres Schmerzensgeld zu bezahlen ist.

Um Ihre Ansprüche möglichst gut und möglichst umfassend geltend machen zu können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten:

### **I. Zur Passivlegitimation**

1. Von wann bis wann wurden Sie in welchem Krankenhaus oder bei welchem Arzt behandelt?

---

---

---

2. Wer ist der Träger des Krankenhauses?

---

3. Nennen Sie uns den Namen der Ärzte, von denen Sie behandelt worden sind:

---

---

---

---

4. Für den Fall, dass Sie in einer Notaufnahme behandelt worden sind: Wer ist der Träger der Notaufnahme?

---

5. Wurden Sie von einem niedergelassenen Arzt behandelt, der im Krankenhaus Belegbetten hat?

---

**II. Fragen zur Behandlung**

1. Von wem wurden Sie mit welcher Verdachtsdiagnose zum Arzt überwiesen / in das Krankenhaus eingewiesen?

---

2. Sind Sie von einem Assistenzarzt / Arzt in der Weiterbildung behandelt worden?

---

3. War die bei Ihnen durchgeführte Behandlung / Operation wirklich notwendig?

---

---

4. Hätte man Sie vor einer Operation auch konservativ behandeln können (Krankengymnastik, Medikamente o. ä.)?

---

---

5. Haben Sie den Eindruck, dass man bei Ihnen nicht alle erforderliche Diagnosebefunde erhoben hat?

---

---

---

6. Insbesondere: Haben Sie den Eindruck, dass man bei Ihnen mittels Ultraschall, Röntgenaufnahme, Computertomographie, Magnetresonanztherapie, Kernspinaufnahme einen schnelleren oder besseren Befund hätte erheben könnten?

---

---

7. Sind Sie nach der Behandlung regelmäßig kontrolliert und überwacht worden?

---

8. Sind Ihnen Richtlinien oder Leitlinien bekannt geworden, gegen die die Ärzte verstoßen haben könnten?

---

---

9. An wen sind Sie zur Weiterbehandlung überwiesen worden?

---

10. Hat der Sie behandelnde Arzt konsiliarisch andere Ärzte beigezogen, wenn ja wen?

---

11. Mit welchen Hinweisen für die weitere Behandlung oder Ihr weiteres Verhalten sind Sie entlassen worden?

---

---

**III. Welcher (materielle) Schaden ist Ihnen entstanden?**

(bitte ankreuzen und ggf. auf einem Extra-Blatt beziffern)

1. Heilbehandlungskosten

- a) Mehrkosten privatärztlicher Behandlung \_\_\_\_\_
- b) Heilbehandlung im Ausland \_\_\_\_\_
- c) Kosmetische Operation \_\_\_\_\_
- d) Besuchskosten naher Angehöriger im Krankenhaus \_\_\_\_\_
- e) Nebenkosten im Krankenhaus \_\_\_\_\_
- f) Ersparte Verpflegungskosten \_\_\_\_\_
- g) Eigenbeteiligung bei Medikamenten \_\_\_\_\_
- h) Sonstige Kosten für Medikamente \_\_\_\_\_

2. Vermehrte Bedürfnisse

- a) Automatikgetriebe \_\_\_\_\_
- b) Behindertenwerkstatt \_\_\_\_\_
- c) Diät \_\_\_\_\_

- d) Elektronische Schreibhilfe \_\_\_\_\_
- e) Haushaltshilfe \_\_\_\_\_
- f) Höhere Heizkosten \_\_\_\_\_
- g) Kleidermehrverschleiß \_\_\_\_\_
- h) Körperpflegemittel \_\_\_\_\_
- i) Kuren \_\_\_\_\_
- j) Orthopädische Hilfsmittel \_\_\_\_\_
- k) Pflegekosten \_\_\_\_\_
- l) Pflegeheimkosten \_\_\_\_\_
- m) Fiktiver Nettolohn Pflegehilfskraft bei Pflege durch Angeh. \_\_\_\_\_
- n) Privatunterricht \_\_\_\_\_
- o) Anmietung einer geeigneten Wohnung \_\_\_\_\_
- p) Behindertengerechter Umbau einer Wohnung \_\_\_\_\_

### 3. Pflegekosten

- a) Realer Aufwand (Stunden pro Tag) \_\_\_\_\_

### 4. Erwerbsschaden

#### a) Mindereinkünfte

- Gehalt incl. Urlaubsgeld, Sonderzahlungen, Gratifikationen \_\_\_\_\_
- Überstundenvergütung, Schichtzulage \_\_\_\_\_
- Arbeitslosengeld \_\_\_\_\_
- Nebeneinkünfte, Trinkgelder \_\_\_\_\_
- Gewinn bei Selbständigen \_\_\_\_\_
- Gewinnbeteiligung eines Gesellschafters \_\_\_\_\_
- Mithilfe im Familienbetrieb: Vergleichbarer Lohn \_\_\_\_\_
- Verspäteter Eintritt ins Berufsleben, höhere Ausbildungskosten \_\_\_\_\_
- Vereitelte Arbeitsleistung im Haushalt (Reparatur, Tapezieren) \_\_\_\_\_
- Ausfall Eigenleistung beim Hausbau \_\_\_\_\_
- Prämienhöhung, Risikozuschläge bei Versicherungen \_\_\_\_\_
- Rentenminderung \_\_\_\_\_
- Spesen, soweit sie nicht verwendet worden wären \_\_\_\_\_
- Sozialversicherungsfreie Einnahmen (netto) \_\_\_\_\_
- Nicht Schwarzarbeitslohn, Bestechungsgelder, etc. \_\_\_\_\_

b) Entschädigung für Einsatz der verbliebenen Arbeitskraft \_\_\_\_\_

c) Minderverdienst nach Berufswechsel oder Umschulung \_\_\_\_\_

d) Umschulungskosten \_\_\_\_\_

#### 5. Haushaltsführungsschaden

- Wie viel Personen umfasst Ihr Haushalt? ..... Personen, darunter ... Kinder
- Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?
  - ..... Einfamilienhaus
  - ..... Mehrfamilienhaus
  - ..... Eigentum
  - ..... Miete
  - ..... Geschoss
  - ..... Stockwerk
  - ..... Wohnfläche
  - ..... Anzahl der Räume (ohne Küche)
  - ..... Größe Garten
- Haben Sie Hilfskräfte benötigt?
  - ..... Putzhilfe
  - ..... Std./Tag
  - ..... Std./Woche
  - ..... Lohn EUR/Std.
  - ..... Babysitter
  - ..... Std./Tag
  - ..... Std./Woche
  - ..... Lohn EUR/Std.
- Mithilfe des Ehegatten
  - ..... Std./Woche Ehegatte
  - ..... Mithilfe beim Einkauf
  - ..... Nahrungszubereitung
  - ..... Geschirrspülen
  - ..... Putzen, Aufräumen, Raumreinigung
  - ..... Wäschereinigung
  - ..... Wäschepflege, -instandhaltung
  - ..... Gartenarbeit
  - ..... Haushaltsführung
  - ..... Betreuung (Kinder, andere Haushaltspersonen)
  - ..... Sonstige Hausarbeiten (z. B. Kleinreparaturen)
- Mithilfe der Kinder
  - ..... Std./Woche Ehegatte
  - ..... Mithilfe beim Einkauf
  - ..... Nahrungszubereitung
  - ..... Geschirrspülen
  - ..... Putzen, Aufräumen, Raumreinigung
  - ..... Wäschereinigung
  - ..... Wäschepflege, -instandhaltung

- ..... Gartenarbeit  
 ..... Haushaltsführung  
 ..... Betreuung (Kinder, andere  
 Haushaltspersonen)  
 ..... Sonstige Hausarbeiten  
 (z. B. Kleinreparaturen)
1. Kind ..... Std./Woche  
 2. Kind ..... Std./Woche  
 3. Kind ..... Std./Woche  
 4. Kind ..... Std./Woche
- Technische Hilfsmittel für die Arbeitserledigung
- ..... Kühlschrank  
 ..... Gefrierschrank  
 ..... Gefriertruhe  
 ..... Küchenmaschine  
 ..... Handrührgerät  
 ..... Mikrowelle  
 ..... Geschirrspülmaschine  
 ..... Waschvollautomat  
 ..... Waschautomat  
 ..... Schleuder  
 ..... Wäschetrockner  
 ..... Bügeleisen  
 ..... Heimbügler  
 ..... mech. Nähmaschine  
 ..... elt. Nähmaschine  
 ..... Staubsauger  
 ..... Klopfsauger  
 .....
- Besonderheiten des Haushalts
- ..... pflegebedürftige Personen  
 ..... Art der Behinderung  
 ..... Pflegestufe lt. Pflegeversicherung  
 ..... Pflegeaufwand ... Std./Woche
- ..... Schichtarbeit: Wer? .....
- ..... Pendelarbeit: Wer? .....
- Abwesenheit von zu Haus:  
 ..... Tage/Woche bzw. .... Std./Woche
- Repräsentationspflichten  
 (mit Gästebewirtung im Haus)  
 Häufigkeit .....x im Monat
- Wurde/wird als Folge des Schadensereignisses  
 eine Ersatzkraft eingestellt?
- ..... nein  
 .... Ja:  
 Datum der Einstellung: .....
- Einstellung als: .....
- Arbeitszeit: ..... Std./Woche
- Barlohn brutto: ..... EUR/Woche  
 .....EUR/Monat
- Nebenleistungen (ggf. geschätzt):

.....EUR/Woche  
 ..... EUR/Monat

- Dauer der stationären Aufenthalte (einschl. Kuren u. ä.):

vom ..... bis .....  
 vom ..... bis .....  
 vom ..... bis .....  
 vom ..... bis .....

- Angaben zum Grad der Erwerbsminderung:

vom ..... bis ..... ..... v. H.  
 vom ..... bis ..... ..... v. H.  
 vom ..... bis ..... ..... v. H.  
 vom ..... bis ..... ..... v. H.  
 Dauerschaden ..... v. H.

- Behinderungen bei der Arbeitserledigung im Haushalt:

- vor Eintritt des Schadensereignisses

- 
- 
- nach Eintritt des Schadensereignisses

..... Einkauf \_\_\_\_\_  
 ..... Nahrungszubereitung \_\_\_\_\_  
 ..... Geschirrspülen \_\_\_\_\_  
 ..... Putzen, Aufräumen, Raumreinigung \_\_\_\_\_  
 ..... Wäschereinigung, -pflege, -instandhaltung \_\_\_\_\_  
 ..... Gartenarbeit \_\_\_\_\_  
 ..... Haushaltführung \_\_\_\_\_  
 ..... Betreuung/Pflege  
 (Kinder, andere Haushaltspersonen) \_\_\_\_\_  
 ..... Sonstige Hausarbeiten \_\_\_\_\_

- geschätzte Behinderung in der Hausarbeit insgesamt  
 (sofern keine ärztlichen Angaben vorliegen): \_\_\_\_\_ v. H.

- Von wem wurden die Arbeiten übernommen?

- Sind als Folge des Schadensereignisses Änderungen im Haushalt vorgenommen worden?

Zusätzliche Arbeiten

---

Von wem werden diese geleistet?

---

(Angabe einschl. Std./Woche)

---

Bauliche Änderungen

---

Technische Änderungen  
(z. B. Anschaffung von Haushaltsgeräten)

---

Organisatorische Änderungen  
(z. B. Vergabe von Hausarbeiten, Aufgabe von Schichtarbeit)

---

Sonstige Änderungen

---

---

---

6. Anderen unentgeltliche Tätigkeiten

---

a) Betreuungstätigkeit

---

b) Pfllegetätigkeit

---

c) Mitarbeit bei einem unterhaltsberechtigten Angehörigen,  
insbesondere dem Ehe- oder (rechtlich gleichgestellten)  
Lebenspartner

---

d) Mitarbeit im familienfremden Betrieb u. Unternehmen

---

e) Familiäre Dienstleistungspflicht

---

f) Freiwillige, ehrenamtliche Dienstleistungen

---

g) Gefälligkeiten ohne relevanten wirtschaftlichen Wert

---

6. Beerdigungskosten

---

---

---

---

#### IV. Schmerzensgeld

1. Ist bei Ihnen ein Dauerschaden entstanden?

---

2. Haben Sie psychische Beeinträchtigungen?

---

3. Wie alt waren Sie bei der Verletzung?

---

4. Welche sozialen Aktivitäten können Sie nicht mehr durchführen?

---

---

---

5. Welchen Hobbys können Sie nicht mehr nachgehen?

---

---

---

6. Weitere Kriterien können sein:

(bitte ankreuzen und ggf. auf einem Extra-Blatt beziffern)

Dauerschaden

Psychische Beeinträchtigungen im Ausnahmefall

Seelisch bedingte Folgeschäden

Soziale Belastungen

Alter des Verletzten

Auch bei nachfolgendem Tod

Verschulden des Schädigers

Anlass des Unfalls

Wirtschaftliche Verhältnisse des Geschädigten

Wirtschaftliche Verhältnisse des Schädigers und Versicherers

Verzögerte Regulierung

Verlust des Empfindungsvermögens

Berücksichtigung der Geldentwertung

**IV. Zu möglichen Beweiserleichterungen**

1. Hatten Sie den Eindruck, dass die Ärzte nicht alle wesentlichen Behandlungsmaßnahmen dokumentiert haben?

---

---

2. Können Sie schon Angaben darüber machen, welche Behandlungsschritte nicht dokumentiert worden sind?

---

---

3. Gegen Sie von einem groben (ärztlicherseits nicht mehr nachvollziehbaren) Behandlungsfehler aus?

---

---

**V. Zur Aufklärung**

1. Wann wurden Sie hinsichtlich der Anästhesie aufgeklärt?

---

---

2. Von wem wurden Sie hinsichtlich der Anästhesie aufgeklärt?

---

---

3. Wann wurden Sie über die durchzuführende Behandlung / Operation aufgeklärt?

---

---

4. Von wem wurden Sie über die durchzuführende Behandlung / Operation aufgeklärt?

---

---

5. Wurden Sie über mögliche vorhersehbare Operationserweiterungen aufgeklärt?

---

---

6. Wurden Sie über echte Behandlungsalternativen aufgeklärt?

---

---

7. Hat man Sie über die Dringlichkeit und Notwendigkeit der Behandlung aufgeklärt?

---

---

8. Hat man Sie über die Sicherheit des Heilungserfolgs aufgeklärt?

---

---

9. Hat man Sie über das Risiko eines möglichen Schadens aufgeklärt?

---

---

10. Hat man Sie darüber aufgeklärt, dass ggf. trotz Behandlung / Operation keine Heilung eintreten kann?

---

---

11. Hat man Sie darüber aufgeklärt, wie schwer die mögliche Beeinträchtigung ist, wenn sich ein Aufklärungspflichtiges Risiko verwirklicht?

---

---

12. Haben Sie ein Aufklärungsformular unterzeichnet?

---

---

13. Hat ein Aufklärungsgespräch stattgefunden?

---

---

14. Wer hat dieses Aufklärungsgespräch mit Ihnen geführt?

---

---

15. Hatten Sie die Möglichkeit, Zusatzfragen zu stellen?

---

---

16. Haben Sie die Aufklärung verstanden?

---

---

17. Haben Sie den Aufklärungsbogen durchgelesen und verstanden?

---

---

Wenn man davon ausgeht, dass der Arzt Sie nicht ordnungsgemäß behandelt hat:

18. Hätten Sie sich auch ohne ordnungsgemäße Aufklärung behandeln / operieren lassen?

---

---

19. Hätten Sie vor einem Entscheidungskonflikt gestanden?

---

---

20. Hätten Sie sich eine Zweitmeinung eingeholt?

---

---

**VI. Zur Frage der Verjährung**

1. Ab wann hatten Sie Kenntnis vom Behandlungsmisserfolg oder der Aufklärungsunterlassung?

---

---

---

2. Wann haben Sie zum ersten Mal von Behandlungstatsachen erfahren, die ein Fehlverhalten des Arztes nahe legen?

---

---

---

3. Wann haben Sie zum ersten Mal davon Kenntnis erlangt, wer Sie möglicherweise geschädigt hat?

---

---

4. Was haben Sie daraufhin unternommen?

---

---

Wir wissen, dass die Beantwortung dieser Fragen mühsam war. Sie erleichtern uns aber die Mandatsbearbeitung. Wir können dann gemeinsam mit Ihnen insbesondere sicher sein, dass nichts Wesentliches vergessen wurde.

Jochen Beyerlin

Elke Beyerlin-Marschner