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
3. Pflegekosten

a) Realer Aufwand (Stunden pro Tag)

4. Erwerbsschaden

a) Mindereinkünfte

- Gehalt incl. Urlaubs geld, 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
- Prämien erhöhung, 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
1. Kind ... Std./Woche
2. Kind ... Std./Woche
3. Kind ... Std./Woche
4. Kind ... Std./Woche

- Technische Hilfsmittel für die Arbeitserledigung
  - Kühl schrank
  - Gefrierschrank
  - Gefriertüte
  - Küchenmaschine
  - Handrührgerät
  - Mikrowelle
  - Geschirrspülmaschine
  - Waschvollautomat
  - Waschautomat
  - Schleuder
  - Wäschetrockner
  - Bügeleisen
  - Heimbügler
  - mech. Nähmaschine
  - elt. Nähmaschine
  - Staubsauger
  - Klopf sauger

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

- 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. Vergaben von Hausarbeiten, Aufgabe von Schichtarbeit)

Sonstige Änderungen

6. Anderen unentgeltliche Tätigkeiten

a) Betreuungstätigkeit

b) Pflegetätigkeit

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.

Dr. Jürgen Klass