|  |
| --- |
| Gutachter_SW_60 |

**An die**

**Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen**

**bei der Bayerischen Landesärztekammer**

**Mühlbaurstr. 16**

**81677 München**

**Fragebogen für das Gutachterverfahren für Arzt oder Ärztin**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aktenzeichen:** | **(bitte bei jedem Schriftwechsel angeben)** |

Hinweis: Wir bitten Sie, den Fragebogen gut leserlich auszufüllen.   
Bitte verwenden Sie ggf. ein zusätzliches Blatt.

**1. Ihr Name und Ihre Praxis- bzw. Krankenhausadresse**

|  |
| --- |
| Name: |
| Vorname, Titel: |
| ggf. Facharzt/-ärztin für: |
| Bezeichnung der Praxis / des MVZ / Belegkrankenhauses etc.: |
| falls Krankenhaus: Abteilung: |
| Straße: |
| PLZ, Ort: |
| E-Mail: |
| Sind Sie in der o.g. ärztl. Einrichtung belegärztlich tätig? Ja □ Nein □ |
| Wer hat die Behandlung abgerechnet? |

**2. Name und Anschrift des/der Patienten/-in**

|  |
| --- |
| Name: |
| (falls abweichend) Name zum Zeitpunkt der Behandlung: |
| Vorname: |
| Straße: |
| PLZ, Wohnort: |

**3. Sind Sie mit der Durchführung eines Gutachterverfahrens einverstanden?**

Ja □ Nein □

**3.1 Falls Sie mit der Durchführung eines Gutachterverfahrens einverstanden sind, teilen Sie uns bitte zunächst einige Daten zu Ihrer Haftpflichtversicherung mit:***(Wir benötigen die Angaben zu Ihrer Haftpflichtversicherung, da auch diese am Verfahren beteiligt und ebenfalls dem Gutachterverfahren zustimmen muss.)*

|  |
| --- |
| Name der Haftpflichtversicherung: |
| Ansprechpartner/-in: |
| Versicherungsnummer: |
| Schadensnummer: |
| Straße: |
| PLZ, Ort: |
| Telefon: |

**3.2 Falls Sie nicht einverstanden sind, teilen Sie uns bitte Ihre Gründe dafür mit:**

*(Die Angabe dieser Gründe ist freiwillig; sie kann auch unterbleiben)*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

***Hinweis: Im Falle einer Ablehnung des Gutachterverfahrens ist die Beantwortung der Fragen 4 bis 7 nicht notwendig.***

**4. Wie lange war der/die Antragsteller/-in schon – eventuell auch wegen anderer Erkrankungen – Ihr/-e Patient/-in?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**5. Verlauf der beanstandeten Behandlung**

**Wurde die beanstandete Behandlung ambulant und/oder stationär durchgeführt?**

ambulant □ stationär □ ambulant und stationär □

* 1. **Vorgeschichte und Erstkontakt bzgl. dieser Behandlung:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**5.2 Zum Behandlungsfehlervorwurf:  
5.2.1 Unter welchen Diagnosen haben Sie den/die Patienten/-in behandelt?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ICD-10-Schlüssel: |

**5.2.2 Wurde eine Aufklärung durchgeführt? Wie wurde sie ggf. durchgeführt?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**5.2.3 Besonderheiten des Verlaufs:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**5.2.4 Wurde diese Behandlung zur Zufriedenheit des/der Patienten/-in beendet?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**5.3 Hat der/die Patient/-in bereits rechtliche Schritte gegen Sie eingeleitet? (welche)?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Ggf. – wann? |

**5.4 Wie war das Befinden des/der Patienten/-in bei der letzten Konsultation?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Datum der letzten Konsultation: |

**6. Ihre Stellungnahme zu den Vorwürfen des/der Patienten/-in:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**7. Die Gutachterstelle vergibt regelmäßig zur Vorbereitung ihrer eigenen Ent­schei­dungen einen Gutachtenauftrag. Sind Sie damit einverstanden, dass die ab­schlie­ßen­de Stellungnahme der Gutachter­stelle diesem/dieser externen Gutachter/-in zur Qualitätssicherung zur Verfügung gestellt wird?**

Ja □ Nein □

**Hinweis zum Datenschutz:**

**Um ein Gutachterverfahren durchzuführen, müssen Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden. Dafür benötigen wir Ihr Einverständnis. Informationen hierzu fin­den Sie unter** [**www.gutachterstelle-bayern.de**](http://www.gutachterstelle-bayern.de)**. Die Bereitstellung dieser personen­be­zogenen Daten ist weder gesetzlich noch vertraglich vorgeschrieben. Allerdings ist ohne Ihr Einverständnis die Durchführung eines Gutachterverfahrens nicht möglich.**

.................................................... den........................................................

Ort Datum

.................................................... ............................................................

Name (bitte in Druckbuchstaben) Unterschrift

**Um eine zügige Bearbeitung zu ermöglichen, bitten wir Sie, alle das Verfahren betreffenden Behandlungsunterlagen in Kopie, ggf. auch zugehörige Röntgenbilder und sonstige bildgebende Befunde dem ausgefüllten Fragebogen beizulegen (siehe Checkliste).**

**Dieser Fragebogen einschließlich der von Ihnen übersandten Behandlungsunterlagen wird Bestandteil der Akte. Jede der Verfahrensparteien hat die Möglichkeit Aktenein­sicht zu nehmen und kann damit auch vom Inhalt Ihrer Stellungnahme Kenntnis neh­men. Gegebenenfalls regen wir an, bevor Sie eine Stellungnahme bei der Gutachter­stelle einreichen, mit Ihrer Haftpflichtversicherung Rücksprache zu nehmen.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Checkliste für die benötigten medizinischen Unterlagen** | |
|  |  |
| Grundsätzlich benötigte Unterlagen bei der ambulanten Behandlung: | Unterlagen beigefügt  ⌧ |
| * Kopie der Karteikarte oder PC-Ausdruck (Zeitraum: beanstandeter  Zeitraum +/- 1 Jahr) | 🞏 |
| * bei nicht eindeutig lesbaren, handschriftlichen Karteikarteneinträgen  bitte zusätzlich Ausfertigung in Maschinenschrift | 🞏 |
| * eigene und externe Arztbriefe / Befundberichte und sonstige relevante Behandlungsunterlagen im Zusammenhang mit der beanstandeten  Behandlung (Zeitraum: beanstandeter Zeitraum +/- 1 Jahr) | 🞏 |
| * eigene und externe bildgebende Befunde (Röntgenbilder, CT-Bilder,  MRT-Bilder etc.) im Zusammenhang mit der beanstandeten Behandlung | 🞏 |
|  |  |
|  |  |
| Grundsätzlich benötigte Unterlagen bei der stationären Behandlung: |  |
| * endgültiger ärztlicher Entlassungsbericht (Arztbrief) über den  stationären Aufenthalt, in dem die beanstandete Behandlung erfolgte | 🞏 |
| * sofern der Patient in mehreren Abteilungen behandelt wurde, auch  alle Arztbriefe dieser Abteilungen (z. B. Chirurgie, Intensivmedizin, Rehabilitationsmedizin etc.) | 🞏 |
| * ggf. vorliegende bildgebende Befunde (Röntgenbilder, CT-Bilder,   MRT-Bilder etc.) | 🞏 |
| * vollständige Kopie der gesamten medizinischen Behandlungsunter-  lagen einschließlich der ärztlichen- und Pflegedokumentation, Labor- befunde, Untersuchungsbefunde etc. | 🞏 |
| * ggf. weitere vorliegende Arztbriefe früherer / nachfolgender stationärer Behandlungen +/- 5 Jahre vor / nach der beanstandeten Behandlung | 🞏 |
| * ggf. vorliegende externe Arztbriefe (z.B. Anschlussheilbehandlung etc.)   +/- 5 Jahre vor / nach der beanstandeten Behandlung | 🞏 |
|  |  |
|  |  |
| Zusätzlich erforderliche Unterlagen bei beanstandeten stationären  Operationen |  |
| * vollständige OP-Berichte mit OP-Diagnosen | 🞏 |
| * Dokumentation der ärztlichen Aufklärung und der Einwilligung des   Patienten in den Eingriff / die Eingriffe | 🞏 |
|  |  |
| Zusätzlich erforderliche Unterlagen bei beanstandeten Eingriffen am Skelettsystem |  |
| * bildgebende Befunde (Röntgenbilder, CT-Bilder, MRT-Bilder etc.)   unmittelbar vor dem beanstandeten Eingriff, ggf. auch Bilder und   Befunde extern durchgeführter Untersuchungen | 🞏 |
| * bildgebende Befunde (unmittelbar) nach dem beanstandeten Eingriff, ggf. auch intraoperative Bilder | 🞏 |
| * (soweit vorhanden) bildgebende Befunde im weiteren Verlauf | 🞏 |
| * Unterlagen über die postoperative Behandlung | 🞏 |
| Hinweis zu **bildgebenden Befunden**: Röntgenbilder, CT-Bilder, MRT-Bilder etc. bitte leihweise im Original oder auf CD an die Gutachterstelle übersenden (Einschreiben) - bitte kein Papierausdruck! | |
|  | |
| Bei längeren stationären Behandlungen mit umfangreicher Dokumentation bitte **nur die medizinisch relevanten** Behandlungsunterlagen beifügen (ausschließlich logistische/technische Unterlagen sind grundsätzlich nicht erforderlich und werden bei Bedarf gesondert angefordert). | |