Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen
bei der Bayerischen Landesärztekammer

Antrag auf Durchführung eines Gutachterverfahrens

Um ein Gutachterverfahren durchführen zu können, benötigen wir Angaben über Sie als Patient/Patientin und die Behandlung, die wir überprüfen sollen. Der Antragsbogen stellt sicher, dass auch alle Angaben gemacht werden, die wir zur Durchführung eines Gutachterverfahrens benötigen. Füllen Sie den Antragsbogen bitte vollständig aus, unterschreiben ihn und laden ihn in unserem Portal wieder hoch.

Der Antragsbogen enthält auf der letzten Seite eine Checkliste, die Sie dabei unterstützt, welche Unterlagen noch in unserem Portal hochgeladen werden sollten.

1. Daten des/der Patienten/in bzw. Antragsteller(s)/in

1.1 Wer wurde fehlerhaft behandelt:

Name (zum Zeitpunkt der gerügten Behandlung):
Name (falls abweichend):
Vorname:
Geburtsdatum: Geschlecht: m ☐ w ☐ d ☐
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Telefon:
E-Mail:
Krankenversicherung (zum Zeitpunkt der beanstandeten Behandlung): gesetzlich ☐ privat ☐ gesetzlich und zusatzversichert ☐

Wenn Sie als Erbe/Erbin des verstorbenen Patienten/in den Antrag stellen:

verstorben am:

1.2 Wer stellt den Antrag?

Angaben machen Sie bitte nur dann, wenn Sie nicht der Patient/die Patientin sind.

Firma/Kanzlei:
Name:
Vorname:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Telefon:
E-Mail:

2. Daten zur Behandlung, die Sie überprüfen lassen möchten

2.1 Wann hat die ärztliche Behandlung stattgefunden, die Sie überprüfen lassen möchten?

Bitte geben Sie das exakte Datum bzw. den genauen Behandlungszeitraum an.

2.2 Gegen welches Krankenhaus/ Praxis/ MVZ etc. richten sich Ihre Vorwürfe? Welche dort durchgeführte Behandlung soll durch die Gutachterstelle begutachtet werden?

Bezeichnung und Adresse des Krankenhauses/Praxis/MVZ etc.:

Medizinische Behandlung (Operation, Untersuchung etc.):

Wissen Sie, ob die Ihrer Ansicht nach fehlerhafte Behandlung durch einen

- Belegarzt/-ärztin: ☐ nein ☐ ja, ggfs. Name und Adresse

- Wahlarzt/-ärztin (Chefarztbehandlung) ☐ nein ☐ ja, ggfs. Name und Adresse

durchgeführt wurde?

2.3 Was ist medizinisch falsch gemacht worden?

2.4 Welche gesundheitlichen Schäden haben Sie erlitten, weil die Behandlung aus Ihrer Sicht fehlerhaft durchgeführt wurde?

Nennen Sie uns bitte die Gründe, warum Sie die Behandlung als fehlerhaft überprüft haben wollen.

3. Medizinische Behandlung vor bzw. nach der für fehlerhaft gehaltenen Behandlung

Bitte geben Sie die vor- und nachbehandelnden Ärzte/Ärztinnen/Krankenhäuser an, die Sie wegen Ihrer Erkrankung im Zusammenhang mit der beanstandeten Behandlung aufgesucht haben. Wir benötigen von Ihnen möglichst den genauen Zeitpunkt und den Namen sowie die vollständige Anschrift dieser Ärzte/Ärztinnen bzw. Einrichtungen, um von diesen die erforderlichen Behandlungsunterlagen anfordern und dem/der Gutachter/-in zur Verfügung stellen zu können. Je exakter diese Angaben sind, desto schneller können wir den medizinischen Sachverhalt ermitteln.

3.1 Wer ist Ihr Hausarzt/-ärztin?

Zeitraum	Name/ Praxis	Kontaktdaten
von:		Straße:
bis:		PLZ:
		Ort:
		E-Mail:

3.2 <u>Vor</u> der beanstandeten Behandlung: Welche Ärzte/Ärztinnen/Kliniken haben Sie im Zusammenhang mit dieser Behandlung untersucht bzw. behandelt?

Zeitraum/ exaktes Datum	Name/ Einrichtung/Praxis Facharztbezeichnung	Kontaktdaten
von:		Straße:
bis:		PLZ:
ggf. am:		Ort:
		E-Mail:
Grund und Art der Behandlung:		

von: :		Straße:
bis:		PLZ:
ggf. am:		Ort:
		E-Mail:
Grund und Art der Behandlung:		

Zeitraum/ exaktes Datum	Name/ Einrichtung/Praxis Facharztbezeichnung	Kontaktdaten
von:		Straße:
bis:		PLZ:
ggf. am:		Ort:
		E-Mail:
Grund und Art der Behandlung:		

von:		Straße:
bis:		PLZ:
ggf. am:		Ort:
		E-Mail:
Grund und Art der Behandlung:		

von:		Straße:
bis:		PLZ:
ggf. am:		Ort:
		E-Mail:
Grund und Art der Behandlung:		

3.3 <u>Nach</u> der beanstandeten Behandlung: Welche Ärzte/Ärztinnen/Kliniken haben Sie im Zusammenhang mit dieser Behandlung untersucht bzw. behandelt?

Zeitraum/ exaktes Datum	Name/ Einrichtung/Praxis Facharztbezeichnung	Kontaktdaten
von:		Straße:
bis:		PLZ:
ggf. am:		Ort:
		E-Mail:
Grund und Art der Behandlung:		

Zeitraum/ exaktes Datum	Name/ Einrichtung/Praxis Facharztbezeichnung	Kontaktdaten
von:		Straße:
bis:		PLZ:
		Ort:
		E-Mail:
Grund und Art der Behandlung:		

von:		Straße:
bis:		PLZ:
ggf. am:		Ort:
		E-Mail:
Grund und Art der Behandlung:		

von:		Straße:
bis:		PLZ:
ggf. am:		Ort:
		E-Mail:
Grund und Art der Behandlung:		

von:		Straße:
bis:		PLZ:
ggf. am:		Ort:
		E-Mail:
Grund und Art der Behandlung:		

4. Wurde aufgrund der von Ihnen vermuteten ärztlichen Fehlbehandlung bereits ein anderes Gutachten erstellt?

(Falls ja, bitte eine Kopie dieses Gutachtens hochladen)

Ja ☐ Nein ☐

5. Sind Sie damit einverstanden, die abschließende Stellungnahme der Kommission dem/der externen Gutachter/-in auf Anforderung zur Qualitätssicherung zur Verfügung stellen?

Ja ☐ Nein ☐

Diesen Antrag unterschreibe/n ich/wir als

☐ **Patient/in**

☐ **Sorgeberechtigte** (z.B. Eltern, bitte beide Elternteile unterschreiben)

☐ **Betreuer/in** (bitte Betreuerausweises hochladen)

☐ **Bevollmächtigte/r** (bitte Vollmacht hochladen)

☐ **Erbe/in** (bei mehreren Erben bitte alle Erben/innen unterschreiben)

Hinweis zum Datenschutz:

Um ein Gutachterverfahren durchzuführen, müssen Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden. Informationen hierzu finden Sie unter www.gutachterstelle-bayern.de oder im Portal unter News & Dateien.

Hiermit beantrage ich/wir die Durchführung eines Gutachterverfahrens.

_____, den _____ _____

Ort Datum Unterschrift

_____, den _____ _____

Ort Datum Unterschrift

Ihre Checkliste

Lieber Antragsteller, liebe Antragstellerin,

diese Checkliste enthält Unterlagen, die, abhängig davon, was die Gutachterstelle überprüft, regelmäßig benötigt werden. Wenn Sie Unterlagen in Zusammenhang mit Ihrer Behandlung haben, laden Sie bitte in unserem Portal zusammen mit dem ausgefüllten und unterschreiben Fragebogen und der Schweigepflichtentbindungserklärung hoch.

- **Röntgenbilder**
- **Arztbriefe/OP-Berichte/Befunde**
- **Atteste**
- **Videodokumentation**
- **Fotodokumentation** (Aufnahmedatum der Bilder unbedingt vermerken)
- **Mutterpass und/oder Kinderuntersuchungsheft in Kopie** (nur bei gynäkologischen/ geburtshilflichen bzw. kinderärztlichen Behandlungen)
- **Vertretungsvollmacht**
- **Erbennachweis bzw. Erklärung, dass Sie als Antragsteller/-in erbberechtigt sind**
- **Bereits erstellte Gutachten**