

Fragebogen in Arzthaftungssachen

Sehr geehrte Mandantin,
sehr geehrter Mandant,

in Zahnarztthaftungssachen ist der Rechtsanwalt in besonderem Maße auf Ihre Mithilfe angewiesen. Nur wenn Sie uns detailliert über Ihre Erkrankung, den zahnärztlichen Behandlungsfehler und die daraus resultierenden Folgen für Ihr berufliches und privates Leben informieren, können wir Ihre Interessen angemessen vertreten. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Ihrer Angaben der anwaltlichen Schweigepflicht!

Wir bitten Sie daher sehr höflich, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Bitte fügen Sie alle schriftlichen Belege bei, soweit Ihnen diese verfügbar sind. Wenn Zeugen das Behandlungsgeschehen verfolgten, bitten Sie diese ein eigenes „Gedächtnisprotokoll“ auf einem gesonderten Blatt anzufertigen.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Für Ihre Mühe bedanken wir uns bereits jetzt!

David Urbanik
Rechtsanwalt

I. Persönliche Daten

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Beruf

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail Adresse

Bitte geben Sie - falls vorhanden - den Namen Ihrer Rechtsschutzversicherung nebst Versicherungsnummer an:

Sie waren in ärztlicher Behandlung als: ./.. Privatpatient oder ./..Kassenpatient

Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse

Versicherungsnummer

6. Wie hätte eine ordnungsgemäße Behandlung ausgesehen?

Bitte beschreiben Sie, wie eine ordnungsgemäße Behandlung Ihrer Meinung nach ausgesehen hätte. Es ist hilfreich, wenn Sie Ihren aktuellen Zahnarzt oder eine andere Person, die über besondere Kenntnisse auf dem Gebiet der Medizin verfügt, befragen können und mit dessen Hilfe diesen Abschnitt beantworten können. Jedes zusätzliche Fachwissen trägt zur besseren Klärung des Sachverhalts bei!

7. Schon eine unzureichende Aufklärung kann eine Schadensersatzpflicht Zahnärzte nach sich ziehen. Wir bitten Sie daher möglichst genau darzustellen, worüber Sie aufgeklärt wurden. Bitte gehen Sie besonders darauf ein, ob über das Bestehen von Behandlungsalternativen, die fehlende Eilbedürftigkeit eines zahnärztlichen Eingriffs und über mögliche Gesundheitsrisiken aufgrund der Behandlung mit Ihnen gesprochen wurde.

Fand ein mündliches Gespräch statt?

Ja 0

Nein 0

Falls ja, Datum: _____

Wurden Sie in diesem Gespräch über das Risiko aufgeklärt, das letztlich eingetreten ist? Wenn ja, wie?

Hätten Sie in den Eingriff eingewilligt, wenn Sie das Risiko gekannt hätten? Falls nein, warum nicht?

Haben Sie einen Aufklärungsbogen unterschrieben?

Ja 0

Nein 0

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist eine Aufklärung grundsätzlich unwirksam, wenn das Aufklärungsgespräch noch am gleichen Tag wie die Operation bzw. am Vorabend erfolgt. War dies bei Ihnen der Fall?

Ja 0

Nein 0

III. Schäden – allgemeine Fragen

1. Welche Schadenspositionen sind nach Ihrer Ansicht entstanden? (Bspw. Schmerzensgeld, Verdienstausfallschaden, Betreuungsleistungen durch Pflegedienste, Haushaltsführungsschaden, Heilbehandlungskosten etc.)

2. Welche genauen Auswirkungen hat der Behandlungsfehler für Ihre Lebensführung?

3. Wirken sich Ihre gesundheitlichen Beschwerden auch in Ihrem Freizeitbereich aus?

Ja 0 Nein 0 Falls ja, bitten wir Sie zu beschreiben, wie?

IV. Schmerzen und Beschwerden

1. Haben Sie körperliche Schmerzen? Falls ja, welche?

2. Nehmen Sie Schmerzmittel? Falls ja, welche? Dosis?

Können Sie Schmerzen dokumentieren durch

./.	Wiedergabe medizinischer Gutachten	Ja 0	Nein 0
./.	Vorlage von Lichtbildern	Ja 0	Nein 0
./.	Augenscheinnahme	Ja 0	Nein 0

3. Haben Sie seelische Schmerzen erlitten im Zusammenhang mit der Entstehung des Schadens bzw. während der ärztlichen Behandlung? Falls ja, beschreiben Sie diese bitte!

4. Die Höhe eines Schmerzensgeldanspruchs wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Wir bitten Sie folgende Fragen zu beantworten:

Leiden Sie, weil Sie um die Schwere Ihrer Verletzungen wissen? Warum?

Leiden Sie, weil Sie aufgrund Ihrer Verletzungen Sorgen um das Schicksal Ihrer Familie machen? Warum?

Leiden Sie, auf Grund des Verlaufs des Heilungsprozesses? Warum?

Wirken sich Ihre gesundheitlichen Beschwerden auf Ihr Berufsleben aus, wenn ja, wie?

V. Dauerschäden

Gibt es Dauerschäden? Wenn ja welche? (Dauerschäden sind zu sehen in beruflichen Nachteilen, Minderung der Erwerbstätigkeit, Vereitelung des Berufswunsches, Einschränkung bei Freizeitaktivitäten, Verlust von Gliedern, Organen bzw. deren Funktionen, Behinderungen, Entstellungen, Narben etc.)

VI. Vermögensschaden

1. Bitte listen Sie auf einem **gesonderten Blatt** Ihren Vermögensschaden auf und belegen Sie diesen mit Rechnungen und sonstigen Unterlagen. Zum Vermögensschaden gehört ggf.:

- ./ Ihr Einkommensschaden
- ./ Ihr Eigenanteil an Zahnarztrechnungen
- ./ Ihr Eigenanteil an sonstigen Behandlungskosten
- ./ Ihre Fahrtkosten, die Ihnen im Rahmen der erforderlichen Nachbehandlung entstehen

2. Kilometergeld für Zahnarztbesuche etc.

Bitte listen Sie auf, wann und bei welchem Zahnarzt Sie behandelt wurden bzw. welche Fahrten wegen Ihrer Heilbehandlung angefallen sind (bspw. zur Apotheke,...). Gebühren für Parkscheine sind ebenfalls erstattungsfähig, soweit diese nachgewiesen werden können. Bitte lassen Sie Ihre Fahrten möglichst durch einen schriftlichen Beleg bestätigen.

Für Fahrtkosten ist die Angabe der einzelnen Termine sowie die kilometermäßige Entfernung zwischen Ihrem Wohnsitz und dem entsprechenden „Dienstleister“ nötig.

Name	Ausgangsort und Zielort	Gefahrene Kilometer (hin und zurück)

VII. Beweismaterial

1. Bitte fügen Sie diesem Fragebogen möglichst aussagekräftige Unterlagen bei, insbesondere für den Nachweis der Vermögensschäden, des Behandlungsfehlers etc. Bitte nennen Sie uns Namen und Adressen von Zeugen und legen Sie bitte ggf. das „Gedächtnisprotokoll“ der Zeugen in Fotokopie bei. Falls Sie zahlreiche Unterlagen haben, bitten wir Sie, eine **Anlagenübersicht** anzufertigen.

2. Welche zahnärztlichen Behandlungsunterlagen gibt es und welche haben Sie? (ggf. beilegen)

VIII. Verjährung

Schmerzensgeldansprüche verjähren innerhalb von drei Jahren, gerechnet von dem Tag an, da Sie alle Sachverhalte kannten, die den Schaden verursacht haben. Seit wann wissen oder vermuten Sie, Opfer

verschuldeter Verletzung zahnärztlicher Sorgfalt geworden zu sein und **kennen Namen und Anschriften der Verantwortlichen?**

IX. Sonstiges

1. Was haben Sie bisher zur Realisierung Ihrer Schadensersatzansprüche unternommen? (Bitte fügen Sie den bisher geführten Schriftverkehr und ärztliche Berichte bzw. bereits erstellte Gutachten bei).

2. Bitte berichten Sie in freier Form, was Sie noch für wichtig halten.

Ort, Datum

Unterschrift