

# Gedächtnisprotokoll zur Aufklärung möglicher Behandlungsfehler

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und senden Sie es uns unterschrieben zurück.

Gleich ausfüllen und absenden

## 1. Meine persönlichen Angaben

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

## 2. Meine Angaben zum Behandlungsfehler

Wann wurde die fehlerhafte Behandlung durchgeführt?

					2	0		
--	--	--	--	--	---	---	--	--

Gegen welchen Arzt bzw. gegen welche Praxis/welches Krankenhaus sollen Schadensersatzansprüche geltend gemacht werden?

Name des Arztes/Name der Praxis oder des Krankenhauses:

Anschrift des Arztes/der Praxis/des Krankenhauses:

Aus welchem Grund wurde die Behandlung/Operation durchgeführt? (Erkrankung/Diagnose)

  
  

Wie ist das momentane Beschwerdebild?

  
  

Welchen Schaden haben Sie durch den möglichen Behandlungsfehler davongetragen?  
(Bsp. Spätfolgen oder bleibende Schäden)

  
  

Wurde über die geplante ärztliche Behandlung und das bestehende Behandlungsrisiko aufgeklärt?  
Wenn ja, wann und von wem?  ja  nein

# Gedächtnisprotokoll zur Aufklärung möglicher Behandlungsfehler

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Wurden aufgrund des möglichen Behandlungsfehlers weitere Leistungen/Behandlungen notwendig? (z. B. Krankengymnastik)  ja  nein Wenn ja, welche?

  
  

Welchen Beruf üben Sie aus?

Wurden bereits medizinische Gutachten erstellt?  ja  nein

Wurde Strafanzeige gegen den behandelnden Arzt gestellt?  ja  nein

Wurde ein Schlichtungsverfahren bei der Ärztekammer beantragt?  ja  nein

Wurde bereits eine Klage gegen den behandelnden Arzt erhoben?  ja  nein

Haben Sie bereits einen Anwalt mit dieser Angelegenheit beauftragt?  ja  nein

Wenn ja, Anschrift der Kanzlei (und Aktenzeichen wenn bekannt):

  

Bitte schildern Sie abschließend noch die Reihenfolge der Ereignisse, die zum Schaden geführt haben. **Fügen Sie dafür eine unterschriebene gesonderte Seite hinzu.**

Telefon:

E-Mail:

Ort, Datum:

Unterschrift:

## Datenschutzhinweis

Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: [info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Gewährung von Leistungen im Rahmen von § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Ihre Angaben werden an den Medizinischen Dienst (MD) weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

## Senden Sie bitte diese Seiten ausgefüllt zurück



### Per Post:

Mobil Krankenkasse  
Regress  
Schadenersatzansprüche  
20091 Hamburg

### Per E-Mail:

Unterlagen scannen und senden an  
[info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)

### Per App MOBIL ME:

Unterlagen fotografieren  
und hochladen