

---

## Informationen für Geschädigte

---

Sehr geehrter Mandant,

Sie haben sich dazu entschlossen, eine eventuelle Haftung des Krankenhauses und/oder der Sie behandelnden Ärzte prüfen zu lassen.

Wir sind zunächst bestrebt, mit dem Schädiger auf gütlichem Wege eine Einigung herbeizuführen. Schlägt dieser Versuch fehl, muß der Klageweg beschritten werden, sofern hinreichende Aussicht auf Erfolg besteht.

In beiden Fällen benötigen wir Informationen über Ihre Erkrankung, den ärztlichen Behandlungsfehler und die daraus resultierenden Folgen für Ihr berufliches und privates Leben, um Ihre Interessen angemessen vertreten zu können.

Bitte lesen Sie sich die folgenden Fragen genau durch und beantworten Sie sie möglichst detailliert.

Angefallene Kosten sollten möglichst durch Quittungen, Rechnungen oder ähnliches belegt werden. Wo keine genauen Angaben möglich sind, genügen auch Schätzwerte. Falls Sie noch Fragen haben sollten, können Sie gerne bei uns Nachfragen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Kanzlei Koriath

## I. Erkrankung/Behinderung

Wegen welcher **Erkrankung/Verletzung** haben Sie sich in ärztliche Behandlung begeben?

---

---

**Wo** wurden Sie behandelt?

Wenn möglich genaue Adresse des Krankenhauses

---

---

---

Wann wurden Sie **ambulant** bzw. **stationär** behandelt?

Bitte Zeitraum, bei Operation auch Tag der Operation angeben.

---

---

---

Von **wem** wurden Sie behandelt?

Bitte Namen und, wenn möglich, auch Adresse angeben.

---

---

Welche **Behandlung, Therapie** oder **Diagnostik** wurde durchgeführt?

---

---

---

Worin besteht Ihrer Meinung nach der **ärztliche Behandlungsfehler**?

---

---

---

Haben Sie irgendwelche **Kranken- oder Behandlungsunterlagen** in Ihrem Besitz?

Wenn ja, bitten wir diese beizufügen

Haben Sie bereits irgendwelche **Ansprüche gegen den Schädiger** geltend gemacht?

---

---

## **II. Aktueller Gesundheitszustand**

Worin besteht/bestand Ihre **Behinderung/Ihr Schaden**?

---

---

Handelt es sich um einen **dauerhaften** oder **vorübergehenden** Schaden?

---

---

## **III. Allgemeine Auswirkungen**

Wie hat sich die Behinderung auf Ihren **Tagesablauf** ausgewirkt?

---

---

Haben Sie **fremde Hilfe** benötigt bei:

- Körperpflege
- Hygiene
- An- und Ausziehen
- Nahrungsaufnahme
- Fortbewegung
- Hausarbeit
- Autofahren
- weitere

Haben Sie in Folge Ihrer Verletzung/Behinderung **materielle Mehraufwendungen** gehabt, die nicht von dritter Seite ersetzt wurde, wie

- Fahrten zu Ärzten, Krankengymnasten (Transportmittel, Entfernung, Häufigkeit)

---

---

---

- erhöhter Wasser- und Stromverbrauch

- erhöhte Heizkosten

- spezielle Nahrungsmittel

- Neuanschaffung in Folge der Verletzung, z.B. weite Kleidung aufgrund Unbeweglichkeit, Haushaltsmaschinen, andere Hilfsmittel

- Mußten Sie irgendwelche Zuzahlungen zu Krankenbehandlungsmaßnahmen oder Medikamenten leisten?

Hatten oder haben Sie einen **Verdienstaussfall**?

Bekommen Sie **Krankengeld**?

#### **IV. Auswirkungen auf den Beruf**

Hat die Verletzung Auswirkungen auf Ihre **berufliche Tätigkeit** gehabt, wie z.B.

- Ver- oder Umsetzung

- geringere Wochenarbeitszeiten

- Entlassung

Wie sieht Ihre **berufliche** Zukunft aus?

Wie hätte sich Ihre **Karriere ohne die Behinderung** entwickelt?

---

---

---

Können Sie in Zukunft **noch berufstätig** sein?

Wenn ja, in welchem Umfang?

---

---

---

### **V. Auswirkungen auf das Privatleben**

Wie hat sich die Behinderung auf Ihre **häuslichen Tätigkeiten** ausgewirkt?

Inwieweit sind Ihre **Hobbies** betroffen?

---

---

---

### **VI. Wie wurden/werden Sie mit Ihrer Situation fertig?**

Wie empfinden sie selber Ihre Situation?

Haben Sie **psychische Beschwerden**?

Sind Sie deswegen vielleicht sogar in ärztlicher Behandlung?

---

---

---