

Ärztekammer Niedersachsen
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
Karl-Wiechert-Allee 18-22
30625 Hannover

Aktenzeichen der Schlichtungsstelle
(falls vorhanden):

Antrag auf Durchführung eines Verfahrens bei der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen

I. Patientendaten

Geschlecht: männlich weiblich divers

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtstag:

ggf. verstorben am:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

II. Angaben zu Dritten, wenn die Patientin oder der Patient das Verfahren nicht selbst durchführt

(Hinweis: In Betracht kommen etwa bevollmächtigte Vertreter, Erben, Sorgeberechtigte und Betreuer. Bitte fügen Sie diesem Antrag einen geeigneten Nachweis bei, z.B. Kopie der Vollmacht, Erbschein, Testament, Nachweis des alleinigen Sorgerechts, Betreuungsurkunde)

1. Name:

Geburtsname:

Vorname:

Geburtstag:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

2. Name:

Geburtsname:

Vorname:

Geburtstag:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

III. Behandlungsfehlervorwurf

1. Wer hat Sie Ihrer Ansicht nach falsch behandelt? In welcher Praxis und/oder in welchem Krankenhaus wurden Sie Ihrer Ansicht nach falsch behandelt?

1.1 Name Ärztin / Arzt:

Anschrift Praxis / Krankenhaus:

Abteilung / Fachrichtung:

Falls bekannt Name Chefärztin / Chefarzt:

1.2. Name Ärztin / Arzt:

Anschrift Praxis / Krankenhaus:

Abteilung / Fachrichtung:

Falls bekannt Name Chefärztin / Chefarzt:

2. Wann hat die nach Ihrer Ansicht falsche Behandlung stattgefunden?

Zeitpunkt /Zeitraum:

3.1 Was war der Grund für den Arztbesuch / Krankenhausaufenthalt?

3.2 Was war an der ärztlichen Behandlung nach Ihrer Ansicht falsch?

Schildern Sie uns dies, so gut Sie können. Es reichen auch Anhaltspunkte.

**3.3 Welcher Gesundheitsschaden ist durch die nach Ihrer Ansicht falsche Behandlung entstanden?
Welche Komplikation ist eingetreten?**

IV. Vor – und nachbehandelnde Ärztinnen und Ärzte

(Hinweis: Bitte geben Sie nur die Ärztinnen/Ärzte, Praxen und Krankenhäuser an, die im Zusammenhang mit der beanstandeten Behandlung aufgesucht wurden.)

1. Hausarzt (Name, Adresse)

2. Vorbehandelnde/r Ärztin/ Arzt oder Krankenhaus?

2.1 Name Ärztin / Arzt oder Krankenhaus:

Fachrichtung / Abteilung:

Adresse:

Behandlung von – bis:

2.2. Name Ärztin / Arzt oder Krankenhaus:

Fachrichtung / Abteilung:

Adresse:

Behandlung von – bis:

3. Nachbehandelnde/r Ärztin/ Arzt oder Krankenhaus?

3.1 Name Ärztin / Arzt oder Krankenhaus:

Fachrichtung / Abteilung:

Adresse:

Behandlung von – bis:

3.2. Name Ärztin / Arzt oder Krankenhaus:

Fachrichtung / Abteilung:

Adresse:

Behandlung von – bis :

V. Sonstige Angaben

1. Haben Sie wegen der aus Ihrer Sicht falschen Behandlung bereits Klage bei Gericht erhoben oder Anzeige bei der Polizei oder der Staatsanwaltschaft erstattet?

Ja Nein

Wenn ja, teilen Sie uns bitte Aktenzeichen und Gericht oder Staatsanwaltschaft mit:

2. Wurde im Zusammenhang mit der aus Ihrer Sicht falschen Behandlung bereits ein anderes Gutachten (z.B. durch den Medizinischen Dienst (MD) oder durch die Renten- oder Unfallversicherung) erstellt?

Ja Nein

Falls ja, durch wen?

Hinweis: Bitte fügen Sie das Gutachten Ihrem Antrag bei.

3. Ist wegen der aus Ihrer Sicht falschen Behandlung bereits Korrespondenz mit der Ärztin / dem Arzt / Krankenhaus oder Dritten geführt worden? Falls ja, bitten wir um Überlassung des Schriftwechsels.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Information über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Ärztekammer Niedersachsen (Art. 13, 14 DSGVO) zur Kenntnis genommen habe und mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten, soweit dies für die Durchführung des Schlichtungsverfahrens notwendig ist, einverstanden bin. Die Informationen können jederzeit unter www.aekn.de erneut abgerufen oder in schriftlicher Form bei der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen erneut angefordert werden.

Ich/wir unterschreibe/n diesen Antrag als

Patient/in persönlich

bevollmächtigte/r Vertreter/in

Gesetzliche/r Vertreter/in der Patientin oder des Patienten

Erbin / Erbe/n

Hinweis: Eltern und Sorgeberechtigte müssen den Antrag gemeinsam unterschreiben oder der eine Elternteil / Sorgeberechtigte muss dem Anderen eine Vollmacht erteilen

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zum Antrag auf Durchführung eines Schlichtungsverfahrens

Patientendaten

Geschlecht: männlich weiblich divers

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtstag:

ggf. verstorben am:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

1. Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung von Daten sowie Entbindung von der Schweigepflicht

Die Ärztekammer Niedersachsen erhebt, verarbeitet, nutzt und speichert im Rahmen des beantragten Schlichtungsverfahrens die Gesundheits- und sonstige personenbezogene Daten der Patientin oder des Patienten, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens notwendig ist.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ärztekammer Niedersachsen bei den von mir im beigefügten Antrag unter III. bis V. aufgeführten Personen und Institutionen (z.B. Ärztinnen, Ärzte, Behandlungseinrichtungen (z.B. Krankenhäuser, MVZ oder Gemeinschaftspraxen), Gutachterinnen und Gutachtern, Sozialversicherungsträger, Behörden, Gerichte) die erforderlichen Unterlagen, die mit der beanstandeten Behandlung im Zusammenhang stehen, anfordert und im Verfahren verwertet. Ich entbinde die aufgeführten Personen und Institutionen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die beauftragten externen sachverständigen Gutachterinnen und Gutachter zum Zwecke der Qualitätssicherung eine Kopie der abschließenden Bewertung der Schlichtungsstelle erhalten.

2. Weitergabe von Daten an die Beteiligten, Vertreter, Haftpflichtversicherer

Wie auch Sie als Patientin oder Patient können sich auch die Ärztinnen und Ärzte sowie die Behandlungseinrichtungen im Verfahren vertreten lassen. Ärztinnen und Ärzte sowie die Behandlungseinrichtungen sind zudem gegen Schadensersatzansprüche, die sich aus der Berufstätigkeit ergeben, versichert. Der Versicherungsschutz umfasst u.a. die Prüfung der Haftungsfrage durch den Haftpflichtversicherer, der bevollmächtigt ist, alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadensersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben. Der Versicherungsnehmer ist seinerseits verpflichtet, dem Haftpflichtversicherer alle relevanten Unterlagen zugänglich zu machen. Dies umfasst auch die im Verfahren anfallenden Daten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ärztekammer Niedersachsen den in Anspruch genommene/n Ärztinnen und Ärzten sowie Behandlungseinrichtungen, deren Vertreterinnen und Vertretern (z.B. Rechtsanwältin / Rechtsanwaltin) sowie den Haftpflichtversicherungen und deren Vertretern die zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Daten auf Anforderung übermittelt.

Diese Erklärung kann ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

(ggf. der gesetzlichen Vertreter)

Informationen zum Datenschutz (Art. 13, 14 DSGVO)

Der Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten, insbesondere Ihren Gesundheitsdaten, ist durch Art. 6 Abs. 1 S. 1 e), Artikel 9 Abs. 2 a) DSGVO geschützt. Rechtliche Vorgaben für die Tätigkeit der Schlichtungsstelle der Ärztekammer Niedersachsen finden sich in § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 und § 11 Kammergesetz für die Heilberufe.

Datenverarbeitung

Aufgabe der Schlichtungsstelle ist die Überprüfung eines Behandlungsfehlervorwurfs. Das Verfahren bei der Schlichtungsstelle hat das Ziel, mit einer medizinischen und rechtlichen Einschätzung von neutraler Stelle zu einer außergerichtlichen Klärung von Vorwürfen einer fehlerhaften Behandlung und damit verbundenen Schadensersatzforderungen beizutragen.

Wir verarbeiten die Daten, um Ihrem Antrag nachgehen zu können. Hierzu verarbeiten wir Ihre Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten, soweit Sie uns diese überlassen haben oder noch überlassen werden. Daten bei Dritten erheben wir nur, soweit Sie uns hierzu durch die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung Ihre Einwilligung geben.

Datenübermittlung

Ihre Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten übermitteln wir an andere nur, wenn eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis besteht oder Sie in die Übermittlung eingewilligt haben. Die Übermittlung erfolgt, um die für das Verfahren notwendigen Informationen einzuholen oder auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Empfänger der Daten sind unter anderem die Verfahrensbeteiligten (z.B. Ärztinnen, Ärzte, Behandlungseinrichtungen), deren Vertreter, Haftpflichtversicherungen, Gutachterinnen und Gutachter sowie die Mitglieder und Mitarbeiter der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen.

Ihre Daten können von uns zudem an externe Dienstleister (z. B. [IT-Dienstleister, Unternehmen, die Daten vernichten oder archivieren, Druckdienstleister]) weiter-gegeben werden, welche uns bei der Datenverarbeitung im Rahmen einer Auftragsverarbeitung streng weisungsgebunden unterstützen.

Aufbewahrung

Wie bewahren Ihre Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten für die Dauer des Verfahrens und so lange auf, wie es gesetzlich vorgeschrieben ist.

Rechte der betroffenen Person

Sie haben das Recht auf Auskunft seitens des Verantwortlichen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung unrichtiger Daten oder auf Löschung, sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe vorliegt, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Es besteht zudem das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, wenn eine der in Art. 18 DSGVO genannten Voraussetzungen vorliegt und in den Fällen des Art. 20 DSGVO das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Sie haben außerdem das Recht, Ihre Einwilligung für eine zukünftige Verarbeitung jederzeit zu widerrufen, ohne dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Verarbeitung berührt. Wenn die Einwilligung widerrufen wird, stellen wir die entsprechende Datenverarbeitung ein.

Wenn Sie der Ansicht ist, dass die Verarbeitung der sie betreffenden Daten gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen verstößt, können Sie sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz beschweren.

Verantwortlicher

Für die Datenverarbeitung ist die

Ärzttekammer Niedersachsen
 Körperschaft des öffentlichen Rechts
 Karl-Wiechert-Allee 18-22
 30625 Hannover

vertreten durch die
 Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen
Dr. med. Martina Wenker

verantwortlich.

Die Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten lauten:	
Dr. Uwe Schläger datenschutz nord GmbH Konsul-Smidt-Str. 88 28217 Bremen	Tel.: 0421 696632-0 Fax: 0421 696632-11 E-Mail: office@datenschutz-nord.de Web: www.datenschutz-nord-gruppe.de

Aufsichtsbehörde	
Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen Barbara Thiel Postfach 2 21 30002 Hannover oder: Prinzenstr. 5 30159 Hannover	Telefon: 0511 120-45 00 Telefax: 0511 120-45 99 E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de Homepage: www.lfd.niedersachsen.de