

Bitte sorgfältig in Druckschrift ausfüllen und zurücksenden

Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler
bei der Ärztekammer Nordrhein
Tersteegenstr. 9

40474 Düsseldorf

Antrag auf Überprüfung einer ärztlichen Behandlung

I. Persönliche Angaben

1. zum Patienten, dessen Behandlung überprüft werden soll:

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: ____:____:____ ggf. Geburtsname: _____
ggf. verstorben am: ____:____:____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon: _____ Fax: _____

2. zum Antragssteller (ASt.), falls nicht identisch mit 1.:

Name: _____ Vorname: _____
ggf. (Verwandtschafts-)Verhältnis des ASt. zum Patienten: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon: _____ Fax: _____

3. Im Falle der Vertretung:

Ich handele/ Wir handeln als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Gesetzliche(r) Vertreter
- Bevollmächtigter (bitte Vollmacht beifügen)
- Betreuer (bitte Bestellungsurkunde beifügen)

Weitere Angaben auf der Rückseite!

- II. Gegen wen richtet sich der Vorwurf eines Behandlungsfehlers?
(bei mehreren Antragsgegnern bitte ggf. Angaben auf gesondertem Blatt beifügen)

1. bei Krankenhausbehandlung:

Krankenhaus/ Ort: _____

Abteilung: _____ Chefärztin/ -arzt: _____

weitere Ärzte:

Ggf. weitere Abteilung(en):

Chefärztin/ -arzt:

2. bei Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt/ Belegarzt:

Name: _____

Praxisanschrift: _____

ggf. weitere Ärzte:

- III. Wann ist die beanstandete Behandlung erfolgt (Zeitpunkt bzw. Zeitraum bitte möglichst genau angeben):

Zu II. 1.:

Zu II. 2.:

- IV. Was wird dem/ den Antragsgegner/n vorgeworfen? (kurze stichwortartige Angaben genügen)

- V. Welchen Gesundheitsschaden führen Sie auf die vermutete Fehlbehandlung zurück?

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____