



## Mandatsaufnahmebogen - Arzthaftung

### I. persönliche Angaben Mandant/Patient (bitte ausfüllen)

Vorname und Nachname	<input type="text"/>
gesetzlicher Vertreter/Betreuer	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Ausgeübter Beruf	<input type="text"/>
Straße u. Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ, Wohnort	<input type="text"/>
Telefonnummer privat	<input type="text"/>
Telefonnummer dienstlich	<input type="text"/>
Mobilfunknummer	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Rechtsschutzversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei: <input type="text"/> Versicherungsnummer: <input type="text"/>
Bankverbindung	IBAN <input type="text"/> BIC <input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
Arbeitgeber	<input type="text"/>
Krankenversicherung	<input type="text"/> Versicherten-Nr. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich
Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja GdB <input type="text"/> Merkzeichen <input type="text"/>
Liegt bereits ein Gutachten vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von <input type="checkbox"/> Krankenkasse/MDK <input type="checkbox"/> Schlichtungsstelle



## Mandatsaufnahmebogen - Arzthaftung

### II. behandelnde Ärzte/Therapeuten/Kliniken (bitte ausfüllen)

Wem werfen Sie einen Behandlungsfehler vor bzw. soll dieser geprüft werden?

Name u. Anschrift des Arztes/der Klinik

Behandlungszeitpunkt/-zeitraum



Wer waren Ihre **Vorbehandler** vor der streitgegenständlichen Behandlung?

Name u. Anschrift des Arztes/der Klinik u. Fachrichtung

Behandlungszeitpunkt/-zeitraum



Wer waren Ihre **Nachbehandler** nach der streitgegenständlichen Behandlung?

Name u. Anschrift des Arztes/der Klinik u. Fachrichtung

Behandlungszeitpunkt/-zeitraum





## Mandatsaufnahmebogen - Arzthaftung

### III. Sachverhalt/Behandlungsfehlervorwurf (bitte kurze Schilderung)

Wann hatten Sie erstmals Kenntnis/den Verdacht von einem Behandlungsfehler?



## Mandatsaufnahmebogen - Arzthaftung

### IV. Welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen/Schäden sind Ihnen entstanden?

(bitte stichpunktartig notieren)

### V. Welche materiellen Schäden sind Ihnen entstanden?

(bitte ankreuzen, sofern zutreffend)

- Fahrtkosten zu Ärzten/Therapeuten/Kliniken inkl. Besuchsfahrten naher Angehöriger**
- Zuzahlungskosten für Medikamente, Hilfsmittel, Klinikaufenthalte etc.**
- vermehrte Bedürfnisse** (zusätzliche Kosten, die entstanden sind und regelmäßig entstehen werden)
- Verdienstaufschlag**
- Haushaltsführungsschaden** (wenn Sie schädigungsbedingt Tätigkeiten in Ihrem Haushalt und Garten nicht mehr ausführen konnten/können und diese durch Familienmitglieder, Freunde oder Dritte übernehmen werden mussten/müssen)
- 
-