

Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen  
der Sächsischen Landesärztekammer  
Schützenhöhe 16  
01099 Dresden

Tel.: 0351 8267131  
Fax: 0351 8267132  
E-Mail: gutachterstelle@slaek.de

Aktenzeichen:	
---------------	--

## Antrag

auf Durchführung eines Verfahrens bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der  
Sächsischen Landesärztekammer

### 1. Patientendaten

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Wohnort:	
Telefon/Mobil-Telefon:	
E-Mail-Adresse:	

### 2. Anderer Antragsteller (Eltern/Vertreter/Betreuer/Erben)

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Wohnort:	
Telefon/Mobil-Telefon:	
E-Mail-Adresse:	
Stellung zum Patienten: (Eltern, Vertreter, Betreuer, Erben)	

### 3. Behandlungsdaten

#### **Wo erfolgte die nach Ihrer Auffassung fehlerhafte Behandlung?**

(Bitte Name und Anschrift der Behandlungseinrichtung angeben, ggf. Fachabteilung, ggf. Angabe des behandelnden Arztes)

#### **Wann erfolgte die nach Ihrer Auffassung fehlerhafte Behandlung?**

(Bitte Zeitpunkt oder Zeitraum so genau wie möglich angeben.)

#### **Wurde wegen der nach Ihrer Auffassung fehlerhaften Behandlung bereits Klage bei einem Gericht erhoben oder Anzeige bei der Polizei oder einer Staatsanwaltschaft erstattet?**

ja  nein

Falls ja, bitte Angabe des Gerichtes, der Polizeidienststelle oder der Staatsanwaltschaft mit Angabe des Aktenzeichens.

#### **Liegt ein Gutachten zum Behandlungsverlauf (z. B. durch den Medizinischen Dienst) vor?**

ja  nein

Falls ja, bitte eine Kopie beifügen.

#### **4. Sachverhaltsdarstellung**

Bitte schildern Sie den Behandlungsverlauf und stellen Sie dar, worin nach Ihrer Auffassung die Fehlbehandlung besteht und welche gesundheitlichen Schäden durch diese Fehlbehandlung entstanden sind. Soweit nötig, verwenden Sie weitere Seiten.

## 5. Vor- und nachbehandelnde Ärzte

### Vorbehandlung

Behandlungseinrichtung/Fachabteilung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Behandlungszeitraum:

Behandlungseinrichtung/Fachabteilung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Behandlungszeitraum:

Behandlungseinrichtung/Fachabteilung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Behandlungszeitraum:

## Nachbehandlung

Behandlungseinrichtung/Fachabteilung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Behandlungszeitraum:

Behandlungseinrichtung/Fachabteilung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Behandlungszeitraum:

Behandlungseinrichtung/Fachabteilung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Behandlungszeitraum:

## 6. Verfahrensstand:

**Gibt es bereits Schriftverkehr mit der Behandlungseinrichtung, der Sie den Vorwurf der Fehlbehandlung machen?**

- ja  nein

Falls ja, bitte Kopien beifügen.

**Gibt es bereits Schriftverkehr mit der Haftpflichtversicherung der Behandlungseinrichtung, der Sie den Vorwurf der Fehlbehandlung machen?**

- ja  nein

Falls ja, bitte Kopien beifügen.

Ich/wir unterschreibe/n diesen Antrag als:

- Patient persönlich  
 Gesetzliche Vertreter des Patienten (Eltern)  
 bevollmächtigter Vertreter\*  
 Betreuer\*  
 Erbe/Erben\*

\*Bitte Nachweise beifügen!

---

Ort, Datum Unterschrift

---

Ort, Datum Unterschrift

---

Ort, Datum Unterschrift

Zur Bearbeitung Ihres Begutachtungsantrages speichert die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Sächsischen Landesärztekammer die Daten, die Sie uns übermitteln. Zum Datenschutz verweisen wir auf die diesbezügliche Erklärung auf unserer Website ([www.slaek.de/Impressum/Datenschutz](http://www.slaek.de/Impressum/Datenschutz)).

## 7. Schweigepflichtentbindungserklärung

### Patientendaten:

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Wohnort:	

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Sächsischen Landesärztekammer bei den in diesem Antrag genannten Ärzten und Behandlungseinrichtungen Behandlungsunterlagen anfordert, die mit der beanstandeten Behandlung in Zusammenhang stehen und diese im Gutachterverfahren zur Aufklärung des Sachverhaltes heranzieht.

Ich/Wir entbinde/n zugleich diese behandelnden Ärzte/Behandlungseinrichtungen, Gutachter, Versicherungsträger und Behörden von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Darüber hinaus entbinde/n ich/wir die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Sächsischen Landesärztekammer von ihrer Schweigepflicht, soweit diese Informationen an die anderen Beteiligten des Verfahrens (Arzt oder Krankenhaus, Versicherung, Bevollmächtigte) weitergegeben werden müssen.

Ich/wir unterschreibe/n diesen Antrag als:

- Patient persönlich
- Gesetzliche Vertreter des Patienten (Eltern)
- bevollmächtigter Vertreter\*
- Betreuer\*
- Erbe/Erben\*

\*Bitte Nachweise beifügen!

---

Ort, Datum Unterschrift

---

Ort, Datum Unterschrift

---

Ort, Datum Unterschrift