

Bitte zurücksenden an:

BIG direkt gesund
Forderungen FIN A 30
Postfach 10 06 42
44006 Dortmund

Angaben zum Behandlungsfehler
(Gedächtnisprotokoll)

Name des Versicherten:	
Anschrift:	
Vers.-Nr.:	
Telefon / E-Mail / Fax:	
Datum:	

1. Wer ist für den Schaden verantwortlich (Name und Anschrift, Behandlungsdatum, Datum der Operation)

2. Welcher Anlass lag dem Arztbesuch zugrunde?

3. Schildern Sie der Reihe nach diejenigen Ereignisse, die nach Ihrer Kenntnis den entstandenen Schaden verursacht haben.

[illegible]

4. Beschreiben Sie den Schaden (Beschwerdebild), der Ihrer Überzeugung nach auf ärztliches Verschulden zurückzuführen ist.

[illegible]

8. Bei welchen anderen Ärzten waren Sie wegen des möglichen Behandlungsfehlers in Behandlung?		
Arzt/Krankenhaus	Anschrift	Behandlungszeitraum

9. Wie bewerten andere Ärzte (z.B. Hausarzt) die bestehende Situation?

10. Haben Sie eine Rechtsschutzversicherung?
☐ ja ☐ nein