



**An die  
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz  
-Schlichtungsausschuss-  
117er Ehrenhof 3  
55118 Mainz**

**Absender:**  
**Nachname:** \_\_\_\_\_  
**Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Straße,**  
**Haus-Nr.:** \_\_\_\_\_  
**PLZ, Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

## **Schlichtungsantrag**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wegen einer fehlerhaften ärztlichen Behandlung, die zu einem nicht nur unerheblichen Gesundheitsschaden geführt hat, bitte ich um Durchführung eines Schlichtungsverfahrens.

Die **Patientendaten** lauten:

**Nachname:** \_\_\_\_\_  
**Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Straße,** \_\_\_\_\_  
**PLZ, Wohnort:** \_\_\_\_\_  
**Telefon/Fax/E-Mail:** \_\_\_\_\_  
**ggf. Geburtsname**  
**/früherer Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsort:** \_\_\_\_\_

Mein **Vorwurf** richtet sich gegen **Krankenhaus/ Praxis, MVZ:**

**Name des Arztes/der Ärztin:** \_\_\_\_\_  
**(evtl. Krankenhaus/Klinik)** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_  
**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

- Für den Patienten handele ich als**
- dessen **Vertreter** (die Vollmacht ist beigefügt)
- dessen **Betreuer** (die Betreuungsurkunde ist beigefügt)
- dessen **Erbe** (Unterlagen sind beigeführt).



## **Sachverhaltsdarstellung:**

Zur Ergänzung meines Vortrags darf ich auf das beigefügte ausgefüllte und unterzeichnete **Kontrollblatt** verweisen. Eine unterzeichnete **Schweigepflichtentbindungserklärung** liegt ebenfalls bei. Soweit sich **Krankenunterlagen** in meinem Besitz befinden, überreiche ich sie hiermit dem Schlichtungsausschuss mit der Bitte, mir nach Abschluss des Verfahrens die Unterlagen wieder zuzusenden.

---

**Unterschrift** (als Patient/Patientin, als gesetzl. Vertreter/Vertreterin, als Erbe/Erbin)



Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

## Kontrollblatt

**Hinweis:** Auch wenn Sie in Ihrer Antragschrift schon Angaben gemacht haben, beschleunigt es die Bearbeitung Ihres Antrags wesentlich, wenn Sie die nachfolgend gestellten Fragen vollständig beantworten. Das erspart in der Regel erneute Anfragen und damit verbundene Verzögerungen. Falls die Fragen 11.) und 12.) nicht beantwortet werden, kann zudem kein Schlichtungsverfahren durchgeführt werden.

Bitte versuchen Sie die Schilderungen zur schnelleren Prüfung kurz zu fassen. Bei Bedarf kann ein Zusatzblatt beigelegt werden.

**1.) Patientendaten:**

Nachname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax/E-Mail: \_\_\_\_\_  
ggf. Geburtsname/früherer \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_

**2.) Warum haben Sie sich in ärztliche Behandlung begeben (z.B. wegen Schmerzen, Vorsorgeuntersuchung u.s.w.)?**

**3.) Wann hat die beanstandete ärztliche Behandlung stattgefunden?**

**4.) Wo ist die beanstandete ärztliche Behandlung erfolgt?**

**5.) Gegen welches Krankenhaus/ Praxis, MVZ richtet sich Ihre Anschuldigung?**

(Die genaue Anschrift ist erforderlich für eine schnelle Bearbeitung)

Name des Krankenhauses \_\_\_\_\_  
Name der Praxis / MVZ \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**6.) Gegen wen richtet sich Ihre Anschuldigung noch?**

(Auch hier ist die genaue Anschrift für eine schnelle Bearbeitung erforderlich)



**7.) Welche ärztlichen Tätigkeiten halten Sie für fehlerhaft?**

**8.) Woraus schließen Sie auf einen ärztlichen Fehler?**

**9.) Welche Gesundheitsschäden sind Ihnen durch die fehlerhafte Behandlung entstanden?**

(Bitte unterscheiden Sie zwischen vorübergehenden Schäden und Dauerschäden)

**10.) Welche Ärzte haben Sie nach der Schädigung behandelt?**

Name/Krankenhaus/Klinik \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Behandlung von - \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**11.) Ist wegen der geltend gemachten Schädigung bereits ein Verfahren bei einer Staatsanwaltschaft oder einem Gericht (Straf- oder Zivilprozess) eingeleitet worden?**

Ja                       Nein

(Falls ja, bitte Aktenzeichen und Staatsanwaltschaft/Gericht angeben)

**12.) Wurde wegen der von Ihnen vermuteten ärztlichen Fehlbehandlung bereits ein Gutachten erstellt, z. B. des MDK?**

Ja                       Nein

(Falls ja, bitte eine Kopie dieses Gutachtens beilegen)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort)                      (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift als Patient/in, als gesetzl. Vertreter/Vertreterin, als Erbe/Erbin)





### 3. Einwilligung in die Weitergabe von Daten an den Haftpflichtversicherer

Ärzte sind gegen Schadensersatzansprüche, die sich aus ihrer Berufstätigkeit ergeben können, versichert (Berufshaftpflichtversicherung). Es obliegt dem Versicherungsnehmer (z. B. Arzt oder Krankenhausträger), dem zuständigen Haftpflichtversicherer jeden Versicherungsfall innerhalb einer Woche anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadensersatzansprüche erhoben worden sind (§ 104 VVG). Dies gilt auch für Verfahren vor der Schlichtungsstelle. 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. Für die Bearbeitung eines möglichen Schadensersatzanspruchs kann es weiterhin erforderlich sein, dass die Schlichtungsstelle die von ihr im Laufe des Verfahrens erhobenen Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten an den Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigten Rechtsanwalt übermittelt. Der im konkreten Fall zuständige Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigter Rechtsanwalt wird Ihnen unverzüglich benannt, sobald er der Schlichtungsstelle bekannt gegeben wurde.

Ich bin damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle die zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Daten direkt an den zuständigen Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigten Rechtsanwalt auf Anforderung übermittelt und diese vom Haftpflichtversicherer oder vertretungsberechtigten Dritten erhoben, verarbeitet und genutzt werden, soweit dies für die Bearbeitung des möglichen Schadensersatzanspruchs erforderlich ist. Sie werden dort für den Zweck des Verfahrens verwendet. Ich entbinde die Schlichtungsstelle auch insoweit von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit.

### 4. Einwilligung in die Übertragung von Aufgaben des Haftpflichtversicherers auf andere Stellen

Der Haftpflichtversicherer benötigt für bestimmte Aufgaben der Schadensbearbeitung den Sachverstand und die Kompetenz anderer Stellen. Er überträgt daher die Erledigung dieser Aufgaben z.B. einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass die im Rahmen des Verfahrens erhobenen Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten an diese Stellen weitergeleitet, dort verarbeitet und genutzt werden.

In der Regel erfolgt die Datenübermittlung auf Basis einer gesetzlichen Rechtsgrundlage. In bestimmten Fällen kann jedoch Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung an solche Stellen notwendig sein. Der Haftpflichtversicherer führt eine Liste über diese Stellen und Kategorien von Stellen, die Gesundheitsdaten für ihn erheben, verarbeiten oder nutzen. Die aktuell gültige Liste kann beim Haftpflichtversicherer angefordert oder auf dessen Internetseite eingesehen werden. Sobald der Haftpflichtversicherer der Schlichtungsstelle die aktuelle Internetadresse mitgeteilt hat, wird diese an Sie weitergeleitet. Diese enthält auch die Informationen zur Datenverarbeitung.

Ich willige ein, dass der Haftpflichtversicherer die erforderlichen Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt, und dass die Daten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Haftpflichtversicherer dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an den Haftpflichtversicherer zurück übermittelt und von diesem zweckentsprechend verwendet werden.

### 5. Weitere Rechte

Soweit Passagen dieser Erklärung nicht von Ihrer Zustimmung erfasst sein sollen, steht es Ihnen frei, dies durch Streichung kenntlich zu machen. Es wird darauf hingewiesen, dass eine solche Einschränkung der Erklärung zum Abbruch des Verfahrens führen kann.

Diese Erklärung kann ganz oder in Teilen für die Zukunft widerrufen werden. Ein Widerruf kann dazu führen, dass das Verfahren nicht fortgesetzt wird.

Ort, Datum

Unterschrift (als Patient / Patientin, als gesetzl.  
Vertreter / Vertreterin, als Erbe)