

Antrag

auf Durchführung eines Verfahrens bei der Gutachterkommission
für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Aktenzeichen der Gutachterkommission (falls bekannt): GA- [] - [] -GUT- [] - []

I. Daten der Patientin oder des Patienten*

Geschlecht:* ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Name:* []

Vorname:* []

Geburtsname: []

Geburtsdatum:* [] . [] . [] ggf. verstorben am: [] . [] . []

Straße:* [] Hausnr.: []

PLZ:* [] Ort:* []

Telefon: [] Mobil: []

Telefax: []

E-Mail: []

II. Angaben zu Dritten, wenn die Patientin oder der Patient das Verfahren nicht selbst durchführt (bevollmächtigte Vertreterin/Vertreter, Erben, Eltern/Sorgeberechtigte, Betreuerin/Betreuer)

1. Name:* [] Geschlecht:*

Vorname:* [] ☐ männlich

Straße:* [] Hausnr.: [] ☐ weiblich

PLZ:* [] Ort:* [] ☐ divers

Telefon: [] Mobil: []

E-Mail: []

2. Name:* [] Geschlecht:*

Vorname:* [] ☐ männlich

Straße:* [] Hausnr.: [] ☐ weiblich

PLZ:* [] Ort:* [] ☐ divers

Telefon: [] Mobil: []

E-Mail: []

Bitte fügen Sie diesem Antrag einen geeigneten Nachweis bei, z. B. Kopie der Vollmacht, Erbschein – sofern vorhanden –, Testament, Nachweis des alleinigen/gemeinsamen Sorgerechts, Betreuungsurkunde etc.

III. Behandlungsfehlervorwurf

1.	Wer hat Sie Ihrer Ansicht nach falsch behandelt? In welcher Praxis und/oder in welchem Krankenhaus wurden Sie Ihrer Ansicht nach falsch behandelt?
	Name und Anschrift der behandelnden niedergelassenen Ärztin oder des behandelnden niedergelassenen Arztes bzw. der Praxis und/oder des Krankenhauses:
	ggf. Abteilung/Fachrichtung, falls bekannt Chefärztin oder Chefarzt:

2.	Wann hat die Ihrer Ansicht nach falsche Behandlung stattgefunden?
	Bitte geben Sie hier den Zeitpunkt oder den Zeitraum so genau wie möglich an:

3.1	Was war der Grund für den Arztbesuch/den Krankenhausaufenthalt?
-----	---

**3.2 Was war an der ärztlichen Behandlung Ihrer Ansicht nach falsch?
Schildern Sie uns dies, so gut Sie es können. Es reichen einige Anhaltspunkte.**

**3.3 Welcher Gesundheitsschaden ist durch die Ihrer Ansicht nach falsche Behandlung entstanden?
Welche Komplikation ist eingetreten?**

IV. Vor- und nachbehandelnde Ärztinnen und Ärzte

1.	Wer ist Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt?

2. Wo wurden Sie vor der Ihrer Ansicht nach falschen Behandlung ärztlich behandelt?

2.1	Name der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses
	Fachrichtung/Fachabteilung
	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort
	Behandlung von – bis

2.2	Name der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses
	Fachrichtung/Fachabteilung
	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort
	Behandlung von – bis

3. Wo wurden Sie nach der Ihrer Ansicht nach falschen Behandlung ärztlich behandelt?

3.1	Name der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses
	Fachrichtung/Fachabteilung
	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort
	Behandlung von – bis

3.2	Name der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses
	Fachrichtung/Fachabteilung
	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort
	Behandlung von – bis

3.3	Name der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses
	Fachrichtung/Fachabteilung
	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort
	Behandlung von – bis

3.4	Name der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses
	Fachrichtung/Fachabteilung
	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort
	Behandlung von – bis

3.5	Name der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses
	Fachrichtung/Fachabteilung
	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort
	Behandlung von – bis

3.6	Name der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses
	Fachrichtung/Fachabteilung
	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort
	Behandlung von – bis

Geben Sie bitte nur die Ärztinnen, Ärzte, Praxen und Krankenhäuser an, die im Zusammenhang mit der beanstandeten Behandlung aufgesucht wurden. Die Gutachterkommission kann Unterlagen zu Ihrer Behandlung nur von den Ärztinnen, Ärzten, Praxen und Krankenhäusern anfordern, die Sie an dieser Stelle angeben. Je vollständiger und genauer Ihre Angaben sind, umso besser kann die Gutachterkommission Ihren Antrag bearbeiten.

V. Sonstige Angaben

1.	Haben Sie wegen der Ihrer Ansicht nach falschen Behandlung bereits Klage bei Gericht erhoben oder Anzeige bei der Polizei oder der Staatsanwaltschaft erstattet?
	☐ ja ☐ nein
	Falls ja, teilen Sie uns bitte Aktenzeichen und Gericht oder Staatsanwaltschaft mit:
2.	Wurde im Zusammenhang mit der Ihrer Ansicht nach falschen Behandlung bereits ein anderes Gutachten (z. B. durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder durch die Renten- oder Unfallversicherung) erstellt?
	☐ ja ☐ nein
	Falls ja, durch wen?
	Bitte fügen Sie das Gutachten Ihrem Antrag bei.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt „Informationen zum Datenschutz“ zur Kenntnis genommen habe und mit den beschriebenen Vorgehensweisen einverstanden bin. Die Informationen können jederzeit unter <http://www.aekwl.de/gak> abgerufen oder in schriftlicher Form bei der Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen erneut angefordert werden.

Ich/wir unterschreibe/n diesen Antrag als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ Patientin oder Patient persönlich ☐ bevollmächtigte/r Vertreterin oder Vertreter
- ☐ Gesetzliche/r Vertreterin oder Vertreter der Patientin oder des Patienten ☐ Erbin/Erbe /Erben

Wichtig für Eltern und Sorgeberechtigte:

Beide müssen den Antrag unterschreiben oder der eine Elternteil/Sorgeberechtigte muss dem anderen eine Vollmacht erteilen. Bitte nutzen Sie dazu unser Vollmachtsformular auf Seite 12.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

2. Weitergabe von Daten an die am Verfahren beteiligten Ärztinnen, Ärzte und Krankenhäuser

Wie auch Patientinnen und Patienten können sich Ärztinnen, Ärzte und Krankenhäuser von Dritten vertreten lassen. Der im konkreten Fall vertretungsberechtigte Dritte wird Ihnen unverzüglich benannt, sobald er der Gutachterkommission bekannt gegeben wurde.

Ich bin damit einverstanden, dass die Gutachterkommission meine zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Gesundheitsdaten direkt an den vertretungsberechtigten Dritten auf Anforderung übermittelt und diese vom vertretungsberechtigten Dritten erhoben, gespeichert und genutzt werden, soweit dies für die Bearbeitung des möglichen Schadenersatzanspruchs erforderlich ist. Insoweit entbinde ich die Gutachterkommission sowie die beteiligten Ärztinnen, Ärzte und Krankenhäuser von ihrer Schweigepflicht.

3. Einwilligung in die Weitergabe von Daten an den Haftpflichtversicherer

Ärztinnen und Ärzte sind gegen Schadenersatzansprüche, die sich aus ihrer Berufstätigkeit ergeben können, versichert (Berufshaftpflichtversicherung). Es obliegt der Versicherungsnehmerin/dem Versicherungsnehmer (z. B. Ärztin, Arzt oder Krankenhausträger), dem zuständigen Haftpflichtversicherer jeden Versicherungsfall innerhalb einer Woche anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadenersatzansprüche erhoben worden sind (§ 104 VVG). Dies gilt auch für Verfahren bei der Gutachterkommission. Der Versicherungsschutz umfasst u. a. die Prüfung der Haftungsfrage durch den Haftpflichtversicherer, der bevollmächtigt ist, alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadenersatzansprüche 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 Schadenersatzanspruchs kann es weiterhin erforderlich sein, dass die Gutachterkommission die von ihr im Laufe des Verfahrens erhobenen Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten an den Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigte/n Rechtsanwältin oder Rechtsanwalt übermittelt. Der im konkreten Fall zuständige Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigte/r Rechtsanwältin oder Rechtsanwalt wird Ihnen unverzüglich benannt, sobald sie oder er der Gutachterkommission bekannt gegeben wurde.

Ich bin damit einverstanden, dass die Gutachterkommission die zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Daten direkt an den zuständigen Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigte/n Rechtsanwältin oder Rechtsanwalt auf Anforderung übermittelt und diese vom Haftpflichtversicherer oder vertretungsberechtigten Dritten erhoben, verarbeitet und genutzt werden, soweit dies für die Bearbeitung des möglichen Schadenersatzanspruchs erforderlich ist. Sie werden dort für den Zweck des Verfahrens verwendet. Ich entbinde die Gutachterkommission 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.

Informationen zum Datenschutz

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß der europaweit geltenden Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie über die Verarbeitung Ihrer Daten bei der Gutachterkommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe zu informieren. Gerne kommen wir dem nach.

Der Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten, insbesondere Ihren Gesundheitsdaten, ist durch besondere rechtliche Vorgaben geschützt (Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe e), Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a EU-Datenschutz-Grundverordnung). Rechtliche Vorgaben für die Tätigkeit der Gutachterkommission finden sich in § 6 Absatz 1 Ziffer 9 sowie § 8 Heilberufsgesetz NRW.

I. WARUM VERARBEITEN WIR IHRE PERSONENBEZOGENEN DATEN?

Aufgabe der Gutachterkommission ist die Überprüfung eines Behandlungsfehlervorwurfs. Das Verfahren bei der Gutachterkommission hat das Ziel, mit einer medizinischen und rechtlichen Einschätzung von neutraler Stelle zu einer außergerichtlichen Klärung von Vorwürfen einer fehlerhaften Behandlung und damit verbundenen Schadensersatzforderungen beizutragen.

Wir benötigen Ihre Daten, um Ihrem Antrag nachgehen zu können. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit Sie uns diese überlassen haben oder noch überlassen werden. Daten bei Dritten erheben wir nur, soweit Sie uns hierzu durch die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung Ihre Einwilligung geben.

Bitte bedenken Sie: Stellen Sie notwendige Daten nicht bereit, kann Ihr Antrag unter Umständen nicht bearbeitet werden.

II. WER BEKOMMT IHRE PERSONENBEZOGENEN DATEN?

Ihre personenbezogenen Daten übermitteln wir an andere nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Die Übermittlung erfolgt, um die für das Verfahren notwendigen Informationen einzuholen. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten sind unter anderem die Verfahrensbeteiligten (z. B. Ärztinnen, Ärzte, Krankenhäuser, Haftpflichtversicherungen), Gutachterinnen, Gutachter sowie die Mitglieder und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gutachterkommission.

III. WIE LANGE WERDEN IHRE PERSONENBEZOGENEN DATEN AUFBEWAHRT?

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie es gesetzlich vorgegeben ist.

IV. WELCHE RECHTE HABEN SIE?

Sie haben das Recht, Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten zu erhalten. Sie können auch die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie die Löschung Ihrer Daten oder die Einschränkung der Datenverarbeitung verlangen sowie der Verarbeitung widersprechen.

Sie haben außerdem das Recht, Ihre Einwilligung für eine zukünftige Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu widerrufen. Dies kann jedoch zum Abbruch des Gutachterverfahrens führen.

Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt ist, können Sie sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz beschweren.

V. KONTAKTDATEN DES VERANTWORTLICHEN

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung:

Name: Ärztekammer Westfalen-Lippe, Körperschaft des öffentlichen
Rechts vertreten durch Herrn Dr. med. Johannes Albert
Gehle, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe
Anschrift: Gartenstraße 210–214, 48147 Münster
Tel.: 0251 929-0
Fax.: Fax: 0251 929-2999
E-Mail: posteingang@aekwl.de
Homepage: <http://www.aekwl.de>

Datenschutzbeauftragter der Ärztekammer Westfalen-Lippe:

Name: Herr Thomas Althoff
Anschrift: Gartenstraße 210 – 214, 48147 Münster
Tel.: 0251 929-0
E-Mail: datenschutzbeauftragter@aekwl.de

VI. ZUSTÄNDIGE AUFSICHTSBEHÖRDE FÜR DIE ÄRZTEKAMMER WESTFALEN-LIPPE

Name: Landesbeauftragte für Datenschutz und
Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen (LDI NRW)
Anschrift: Kavalleriestraße 2–4, 40213 Düsseldorf
Tel.: 0211 38424-0
Fax.: 0211 38424-10

