

Bitte sorgfältig in Druckschrift ausfüllen und zurücksenden

Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler  
bei der Ärztekammer Nordrhein  
Tersteegenstr. 9

40474 Düsseldorf

### **Antrag auf Überprüfung einer ärztlichen Behandlung**

#### I. Persönliche Angaben

##### 1. zum Patienten, dessen Behandlung überprüft werden soll:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_  
ggf. verstorben am: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

##### 2. zum Antragssteller (ASt.), falls nicht identisch mit 1.:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
ggf. (Verwandtschafts-)Verhältnis des ASt. zum Patienten: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

##### 3. Im Falle der Vertretung:

Ich handele/ Wir handeln als ( Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Gesetzliche(r) Vertreter
- Bevollmächtigter (bitte Vollmacht beifügen)
- Betreuer (bitte Bestellsurkunde beifügen)

**Weitere Angaben auf der Rückseite!**

- II. Gegen wen richtet sich der Vorwurf eines Behandlungsfehlers?  
(bei mehreren Antragsgegnern bitte ggf. Angaben auf gesondertem Blatt beifügen)

1. bei Krankenhausbehandlung:

Krankenhaus/ Ort: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_ Chefärztin/ -arzt: \_\_\_\_\_

weitere Ärzte:

Ggf. weitere Abteilung(en):

Chefärztin/ -arzt:

2. bei Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt/ Belegarzt:

Name: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

ggf. weitere Ärzte:

- III. Wann ist die beanstandete Behandlung erfolgt (Zeitpunkt bzw. Zeitraum bitte möglichst genau angeben):

Zu II. 1.:

Zu II. 2.:

- IV. Was wird dem/ den Antragsgegner/n vorgeworfen? (kurze stichwortartige Angaben genügen)

- V. Welchen Gesundheitsschaden führen Sie auf die vermutete Fehlbehandlung zurück?

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_