

Antrag auf Durchführung eines Schlichtungsverfahrens



**Schlichtungsstelle
für Arztthaftpflichtfragen**

DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

Aktenzeichen der Schlichtungsstelle
(falls bekannt):

I. Patientendaten

Nachname

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ

Ort

ggf. Sterbedatum

☐ m ☐ w ☐ d

Geschlecht

Telefon

E-Mail

II. Angaben zu Dritten, wenn die Patientin/der Patient das Verfahren nicht selbst durchführt

In Betracht kommen hier bevollmächtigte Vertreter, Erben, Sorgeberechtigte und Betreuer.

Bitte fügen Sie diesem Antrag einen geeigneten Nachweis bei, z. B. Kopie einer Vollmacht, Erbschein, Testament, Nachweis des alleinigen Sorgerechts, Betreuungsurkunde, etc.

Nachname

Vorname

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

III. Behandlungsfehlervorwurf

1. Wer hat Sie aus Ihrer Sicht falsch behandelt?
In welcher Praxis und/oder in welchem Krankenhaus wurden Sie Ihrer Ansicht nach falsch behandelt?

Name Arzt/Ärztin

Anschrift Praxis/Krankenhaus

Abteilung/Fachrichtung

2. Wann hat die gegenständliche Behandlung stattgefunden?

Zeitpunkt/Zeitraum

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

3.2 Was war an der ärztlichen Behandlung Ihrer Ansicht nach falsch?
Schildern Sie uns dies so gut Sie können.

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

IV. Vor- und nachbehandelnde Ärzte und Ärztinnen

1. Hausarzt/Hausärztin

Name, Adresse

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

2.1

Name, Adresse

Abteilung/Fachrichtung

Behandlungszeitraum

2.2

Name, Adresse

Abteilung/Fachrichtung

Behandlungszeitraum

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

3.1

Name, Adresse

Abteilung/Fachrichtung

Behandlungszeitraum

3.2

Name, Adresse

Abteilung/Fachrichtung

Behandlungszeitraum

3.3

Name, Adresse

Abteilung/Fachrichtung

Behandlungszeitraum

3.4

Name, Adresse

Abteilung/Fachrichtung

Behandlungszeitraum

Geben Sie bitte nur die Ärzte, Ärztinnen, Praxen und Krankenhäuser an, die im Zusammenhang mit der beanstandeten Behandlung aufgesucht wurden.

V. Sonstige Angaben

1. Haben Sie wegen der gegenständlichen Behandlung bereits Klage bei Gericht erhoben oder Anzeige bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft erstattet?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, teilen Sie uns bitte das Aktenzeichen und das Gericht oder die Staatsanwaltschaft mit:

2. Wurde im Zusammenhang mit der gegenständlichen Behandlung bereits ein Gutachten (z. B. durch den Medizinischen Dienst oder durch die Renten- oder Unfallversicherung) erstellt?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, durch wen?

Bitte fügen Sie das Gutachten dem Antrag bei.

3. Ist wegen der aus Ihrer Sicht fehlerhaften Behandlung bereits Korrespondenz mit dem Arzt/der Ärztin/dem Krankenhaus geführt worden?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, bitten wir um Überlassung des Schriftwechsels.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein (Art. 13, 14 DSGVO) zur Kenntnis genommen habe und mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten, soweit dies für die Durchführung des Schlichtungsverfahrens notwendig ist, einverstanden bin. Diese Informationen können jederzeit unter <https://www.aeksh.de/schlichtungsstelle-fuer-arzthaftpflichtfragen> erneut abgerufen oder in schriftlicher Form bei der Schlichtungsstelle für Arztthaftpflichtfragen der Ärztekammer Schleswig-Holstein angefordert werden.

Ich/wir unterschreibe/n diesen Antrag als

☐ Patient persönlich

☐ Erbin/Erbe/n

☐ Bevollmächtigte/r Vertreter/in

☐ Gesetzliche/r Vertreter/in des Patienten/der Patientin

Wichtig für Eltern und Sorgeberechtigte: Beide müssen den Antrag gemeinsam unterschreiben oder der eine Elternteil/Sorgeberechtigte muss dem anderen eine Vollmacht erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Wichtig: Um sich als Antragsteller eindeutig zu identifizieren, laden Sie bitte eine Kopie Ihres Personalausweises (Vorder- und Rückseite) in unserem Portal hoch. Sie können alle Ausweisdaten, die nicht zur Identifikation benötigt werden, auf der Ausweiskopie schwärzen (insbesondere die auf dem Ausweis aufgedruckte Zugangsnummer sowie die Seriennummer, den Geburtsort, die Nationalität, die Augenfarbe, die Größe, das Ausstellungsdatum sowie den maschinenlesbaren Bereich und den Sicherheitsfaden).

Sobald die Identifikation abgeschlossen ist, wird die Ausweiskopie unverzüglich gelöscht.

Einwilligungs- und Schweigepflicht-entbindungserklärung zum Antrag auf Durchführung eines Schlichtungsverfahrens



**Schlichtungsstelle
für Arzthaftpflichtfragen**
DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

Patientendaten

Nachname

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ

Ort

ggf. Sterbedatum

☐ m ☐ w ☐ d

Geschlecht

1. Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung von Daten sowie Entbindung von der Schweigepflicht

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein erhebt, verarbeitet und speichert im Rahmen des beantragten Schlichtungsverfahrens die Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten der Patientin oder des Patienten, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens notwendig ist.

Hierzu erbitten wir die Abgabe der folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ärztekammer Schleswig-Holstein die von mir mit der Antragstellung übermittelten personenbezogenen Daten sowie die Gesundheitsdaten speichert und verarbeitet, soweit dies im Rahmen des Schlichtungsverfahrens erforderlich ist.

☐ Ja

☐ Nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ärztekammer Schleswig-Holstein bei den von mir im beigefügten Antrag aufgeführten Personen und Institutionen (z. B. Ärztinnen, Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter/innen, Sozialversicherungsträger, Behörden, Gerichte) die erforderlichen Unterlagen, die mit der beanstandeten Behandlung im Zusammenhang stehen, anfordert und im Verfahren verwertet. Ich entbinde die aufgeführten Personen und Institutionen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

☐ Ja

☐ Nein

Sollte im Verlauf des Verfahrens die Beiziehung ergänzender Behandlungsunterlagen bei weiteren Personen oder Institutionen erforderlich werden, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle auch diese Unterlagen anfordert und im Verfahren verwendet. Ich entbinde die entsprechenden Personen und Institutionen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

☐ Ja

☐ Nein

Hinweis: Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, dass die Schlichtungsstelle ergänzende Behandlungsunterlagen bei weiteren Personen oder Institutionen anfordert, besteht die Möglichkeit, dass die Schlichtungsstelle Ihnen die entsprechenden Personen oder Institutionen mitteilt und Sie für den jeweiligen Einzelfall eine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung erteilen. Dies wird jedoch zu einer Verzögerung des Verfahrens führen.

Wenn Sie keine Einwilligung zur Anforderung von Behandlungsunterlagen durch die Schlichtungsstelle abgeben möchten, können Sie in diesem Fall die Krankenunterlagen selbst beschaffen und uns übersenden.

2. Einwilligung zur Weitergabe von Daten an die Beteiligten, Vertreter, Haftpflichtversicherer

Wie Sie als Patientin oder Patient können sich auch die Ärztinnen, Ärzte und Behandlungseinrichtungen im Verfahren von Dritten vertreten lassen. Ärztinnen und Ärzte sowie die Behandlungseinrichtungen sind zudem gegen Schadensersatzansprüche, die sich aus der Berufstätigkeit ergeben, versichert (Berufshaftpflichtversicherung).

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.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ärztekammer Schleswig-Holstein den in Anspruch genommenen Ärztinnen und Ärzten sowie Behandlungseinrichtungen, deren Vertreter/innen (z. B. Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälten) sowie den Haftpflichtversicherungen und deren Vertreter/innen die zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Daten auf Anforderung übermittelt.

☐ Ja

☐ Nein

Soweit Gutachter/innen im Rahmen des Schlichtungsverfahrens mit der Begutachtung beauftragt werden, erkläre ich mich einverstanden, dass diesen die zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt werden.

Hinweis: Anderenfalls kann ggf. keine Begutachtung und damit keine Bearbeitung Ihres Antrags erfolgen.

☐ Ja

☐ Nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die beauftragten externen sachverständigen Gutachter/innen zum Zwecke der Qualitätssicherung eine Kopie der abschließenden Bewertung der Schlichtungsstelle erhalten.

☐ Ja

☐ Nein

Die erteilten Einwilligungen können ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ein Widerruf kann dazu führen, dass das Verfahren nicht fortgesetzt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. der gesetzlichen Vertreter)

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. der gesetzlichen Vertreter)



Gemäß der europaweit geltenden Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie über die Verarbeitung Ihrer Daten bei der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Schleswig-Holstein zu informieren. Dieser Verpflichtung kommen wir hiermit nach.

1. Kontaktdaten der Verantwortlichen

Kontaktdaten des Verantwortlichen nach DSGVO:

Ärztekammer Schleswig-Holstein

Bismarckallee 8-12

23795 Bad Segeberg

Telefon 04551 803 0

Fax 04551 803 101

E-Mail info@aeksh.de

Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten:

Ärztekammer Schleswig-Holstein

Datenschutzbeauftragte

Bismarckallee 8-12

23795 Bad Segeberg

Telefon 04551 803 251

E-Mail datenschutzbeauftragte@aeksh.de

2. Welche personenbezogenen Daten verarbeiten wir?

Für die Kommunikation benötigen wir die Angaben zum vollständigen Namen sowie die Anschrift/Kontaktdaten der Antragstellerin/des Antragstellers.

Um sicherzustellen, dass es sich hierbei um die angegebene Person handelt, bitten wir um Übermittlung einer Kopie des Personalausweises. Auf der Kopie dürfen alle Daten, die nicht zur Identifikation benötigt werden, geschwärzt werden. Dies sind insbesondere die auf dem Ausweis aufgedruckte Zugangsnummer sowie die Seriennummer, der Geburtsort, die Nationalität, die Augenfarbe, die Größe, das Ausstellungsdatum sowie der maschinenlesbare Bereich und der Sicherheitsfaden. Sobald die Identifikation abgeschlossen ist, wird die Ausweiskopie unverzüglich gelöscht.

Bei den Patientendaten sind Name und Anschrift sowie weitere Identifikationsdaten wie Geschlecht, Geburtsdatum und Geburtsort erforderlich, um sicherzustellen, dass die richtigen Behandlungsunterlagen in die Bewertung einbezogen werden.

Ferner bedarf es der Erhebung und Verarbeitung der Gesundheitsdaten, soweit sich diese auf den vorgetragenen Behandlungsfehlervorwurf beziehen.

3. Warum verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten?

Aufgabe der Schlichtungsstelle ist die Überprüfung eines Behandlungsfehlervorwurfs. Die Datenverarbeitung erfolgt, um dem von Ihnen erhobenen Vorwurf nachgehen zu können. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit Sie uns diese zugänglich gemacht haben oder noch zur Verfügung stellen werden. Daten bei Dritten erheben wir nur, soweit Sie uns hierzu Ihre Einwilligung durch die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung erteilen.

4. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Die rechtliche Befugnis für die Datenverarbeitung ergibt sich insbesondere aus Art. 6 Abs. 1 S. 1 Buchstabe e), Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a) DSGVO i.V.m. § 3 Nr. 6 des schleswig-holsteinischen Gesetzes über die Kammern und die Berufsgerichtsbarkeit für die Heilberufe (HBKG) sowie der Schlichtungsordnung der unabhängigen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

5. Wer bekommt Ihre personenbezogenen Daten einschließlich Ihrer Gesundheitsdaten?

Ihre personenbezogenen Daten einschließlich Ihrer Gesundheitsdaten übermitteln wir nur dann an Dritte, wenn es gesetzlich erlaubt ist oder Sie Ihre Einwilligung hierzu erteilt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten sind die Mitglieder und Mitarbeiter/innen der Schlichtungsstelle, die mit der Bearbeitung Ihres Antrags betraut sind, die anderen Verfahrensbeteiligten (z. B. Ärztinnen, Ärzte, Krankenhäuser sowie ggf. deren rechtliche Vertreter/innen und Haftpflichtversicherungen) sowie ggf. Gutachter/innen, die mit der Begutachtung Ihres Vorgangs beauftragt werden.

Die Übermittlung Ihrer Daten erfolgt zum Zwecke der Einholung von Informationen, die für Ihren Fall relevant sind und zur Klärung des Sachverhalts sowie weiterer Umstände hinsichtlich des von Ihnen geltend gemachten Anspruchs auf Feststellung eines möglichen Behandlungsfehlers.

Ggf. setzen wir weisungsgebundene Dienstleister ein, die uns z. B. in den Bereichen EDV oder der Archivierung und Vernichtung von Dokumenten unterstützen und mit denen gesonderte Verträge zur Auftragsverarbeitung geschlossen wurden.

Es ist möglich, dass Ihr Antrag zu einem berufsrechtlichen Verfahren gegen die betroffene Ärztin bzw. den betroffenen Arzt führen kann. In diesem Fall können Ihre Daten z. B. auch an ein Berufsgericht für Heilberufe oder eine Staatsanwaltschaft weitergegeben werden.

6. Wie lange werden Ihre personenbezogenen Daten aufbewahrt?

Wir bewahren Ihre Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten für die Dauer des Verfahrens und anschließend nur solange auf, wie es gesetzlich vorgegeben ist.

7. Welche Rechte haben Sie?

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

Sofern Sie eine Einwilligung erteilt haben, haben Sie das Recht, diese Einwilligung für eine zukünftige Verarbeitung Ihrer Daten zu widerrufen. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt und bereits erfolgte Datenverarbeitungen davon nicht betroffen sind. Für die Erfüllung gesetzlicher Vorgaben kann es zudem erforderlich sein, dass wir bestimmte Daten trotz Ihres Widerrufs über einen bestimmten Zeitraum aufbewahren müssen.

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

Zuständige Aufsichtsbehörde ist das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz SH, Postfach 7116, 24171 Kiel, mail@datenschutzzentrum.de

Bitte beachten Sie auch die allgemeine Datenschutzerklärung der Ärztekammer Schleswig-Holstein, die Sie unter www.aeksh.de/datenschutz finden.