

# 1. Haftungsgrund

Um der Frage, ob Sie oder Ihr Angehöriger Opfer eines ärztlichen Behandlungsfehlers wurden, auf den Grund gehen zu können, dürfen wir Sie bitten, die folgenden Fragen auf gesondertem Blatt möglichst maschinenschriftlich präzise zu beantworten:

1. Bitte nennen Sie uns Ihren Vornamen, Nachnamen, Geburtsdatum, Familienstand, Beruf, Postanschrift, Telefonnummer und – falls vorhanden – Namen und Anschrift der Rechtsschutzversicherung nebst Versicherungsscheinnummer.
2. Waren Sie als Privatpatient oder Kassenpatient in ärztlicher Behandlung? Benennen Sie Ihre Krankenkasse nebst Adresse und Versicherungsnummer.
3. Welcher Arzt (welche Ärzte) und/oder welches Krankenhaus (welche Krankenhäuser) wird (werden) auf Schadenersatz in Anspruch genommen? (Bitte genaue Angaben der Namen und Anschriften)
4. Schildern Sie der Reihe nach diejenigen Ereignisse, die zum eingetretenen Schaden geführt haben. Nennen Sie dabei die betreffenden Daten sowie die Namen und Anschriften der Krankenhäuser und Ärzte.
5. Nennen Sie die wesentlichen Vorkrankheiten und Krankenhausaufenthalte in der zeitlichen Reihenfolge, soweit sie für den hier in Rede stehenden Schaden Berücksichtigung finden.
6. Beschreiben Sie den Schaden (damaliges und jetziges Beschwerdebild), der Ihrer Überzeugung nach auf ärztliches Verschulden zurück zu führen ist.
7. Woraus schließen Sie, dass der (die) Beschuldigte(n) den Schaden verursacht hat (haben)? (Eigene Überzeugung und/oder ärztliche Meinung?)
8. Was hätte Ihrer Überzeugung nach getan werden oder unterbleiben müssen, damit der Schaden nicht eingetreten wäre?
9. Welche ärztlichen Behandlungsunterlagen gibt es?
10. Welche ärztlichen Behandlungsunterlagen haben Sie (ggfls. beilegen)?
11. Wann wurden Sie von wem über die geplante ärztliche Behandlung und das Behandlungsrisiko aufgeklärt? Wurden in diesem Zusammenhang Behandlungsalternativen dargestellt? Wurden Sie hierbei über das Risiko aufgeklärt, das eingetreten ist? Hätten Sie in den Eingriff eingewilligt, wenn Sie das Risiko gekannt hätten?
12. Wer war Zeuge für die streitigen Ereignisse (voller Name und Anschrift)?
13. Seit wann wissen oder vermuten Sie, Opfer schuldhafter Verletzung ärztlicher Sorgfaltspflicht zu sein und kennen Namen und Anschriften der Verantwortlichen? (Schmerzensgeldansprüche verjähren innerhalb von 3 Jahren, gerechnet von dem Tage an, da Sie alle Sachverhalte kannten, die den Schaden verursacht haben)
14. Was haben Sie bisher zur Realisierung Ihrer Schadenersatzansprüche unternommen?
15. Bitte berichten Sie in freier Form, was Sie noch für wichtig halten.

## **2. Haftungsumfang**

### **A. Schmerzensgeld**

Das Ihnen eventuell zustehende Schmerzensgeld hat eine Doppelfunktion. Es soll einmal einen Ausgleich für Schäden nichtvermögensrechtlicher Art bilden und zum anderen eine Genugtuung für das darstellen, was der Schädiger Ihnen angetan hat.

Um die Höhe Ihres Schmerzensgeldanspruchs zutreffend bewerten und begründen zu können, schildern Sie bitte möglichst maschinenschriftlich auf gesondertem Blatt alles das, was dafür von Bedeutung ist. Das sind nicht nur Schmerzen, sondern diejenigen Beeinträchtigungen, die man unter „entgangener Lebensfreude“ fassen kann.

Halten Sie sich hierbei an folgende Gliederung:

1. Welche unmittelbaren körperlichen Folgen der Schädigung liegen vor? Welche körperlichen Beeinträchtigungen und/oder körperlichen Entstellungen?
2. Von wann bis wann dauerte die stationäre und ambulante Heilbehandlung, um den eingetretenen Schaden zu beheben oder zu mildern? Nennen Sie bitte genaue Daten sowie Namen und Anschriften von Ärzten und Krankenhäusern.
3. Welche Art von Schmerzen haben Sie innerhalb welcher Zeiträume schädigungsbedingt erleiden müssen?
4. Nennen Sie den Zeitraum Ihrer Arbeitsunfähigkeit und, falls gegeben, die Höhe des Dauerschadens (Grad der abstrakten Minderung der Erwerbsfähigkeit – MdE).
5. Welche psychischen Auswirkungen bei Ihnen sind auf die Schädigung zurück zu führen (z. B. verminderte Heiratschancen, Wesensänderung, etc.)?
6. Welche Beeinträchtigungen ergeben sich in Ihrem täglichen Leben durch die Folgen der Schädigung (innerhalb welcher Zeiträume oder auf Dauer) in den folgenden Bereichen:
  - a. im beruflichen Bereich
  - b. bei Hausfrauen im Bereich des Haushaltes
  - c. im Bereich der Freizeit
  - d. im Bereich des Sports
  - e. bezüglich Reisen und Urlaub
  - f. im sonstigen gesellschaftlichen Leben
  - g. im ehelichen und geschlechtlichen Bereich
  - h. im Allgemeinen und darüber hinaus.

Führen Sie zu jeder Kategorie sorgfältig aus, welche Verrichtungen und Aktivitäten Sie nicht oder nur noch eingeschränkt durchführen können. Was die Minderung der Erwerbsfähigkeit angeht, fügen Sie – falls vorhanden – Unterlagen bei, aus denen sich der MdE-Prozentsatz ergibt (z. B. Bescheinigungen des Versorgungsamtes). Dies gilt auch für Atteste, Krankheitsgeschichten und dergleichen, aus welchen sich Ihr damaliger und jetziger Zustand ablesen lässt.

## **2. Haftungsumfang**

### **B. Erwerbsschaden**

Nach den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen haben Sie Anspruch darauf, dass Ihnen alle wirtschaftlichen Beeinträchtigungen ersetzt werden, die Ihnen entstehen, weil Sie Ihre Arbeitskraft schädigungsbedingt nicht oder nicht mehr voll verwerten können. Ersetzt wird Ihnen der Verlust von Erwerbseinkommen jeglicher Art und von Vermögensvorteilen, die im Zusammenhang mit der Verwertung der Arbeitskraft stehen sowie alle wirtschaftlichen Nachteile, die durch den Ausfall der Arbeitskraft verursacht wurden.

Damit wir diesen Ihren Anspruch zutreffend beziffern und auch belegen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen möglichst maschinenschriftlich auf einem gesonderten Blatt zu beantworten. Falls Belege erforderlich sind, reichen Sie uns diese auch herein, da der Schaden bewiesen werden muss.

1. Welchen Beruf haben Sie erlernt bzw. ausgeübt? Teilen Sie ggfls. die genaue Anschrift Ihres Arbeitgebers mit.
2. Im welchem Umfang sind Sie in Ihrer Erwerbstätigkeit gemindert? Arbeiten Sie gar nicht mehr oder nur noch zeitweise? (Reichen Sie uns ggfls. eine Bescheinigung herein, aus welcher sich die Minderung der Erwerbsfähigkeit ergibt.)
3. Teilen Sie uns Ihr Monatsgehalt brutto und netto mit unter Einbeziehung der Sonderzulagen wie Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Tantiemen oder ähnlichem (ebenfalls brutto und netto). Reichen Sie uns hierzu unbedingt eine Bescheinigung Ihres Arbeitgebers oder, falls Sie selbstständig waren bzw. sind, Ihres Steuerberaters herein, aus welchem sich Brutto- und Nettobeträge ergeben. Ersetzt werden Ihnen regelmäßig nur die Nettobeträge.
4. Wie lange wären Sie ohne die Schädigung tätig gewesen? (Ggfls. eine Bescheinigung hierüber einreichen.)
5. Erhalten Sie schädigungsbedingt Leistungen von Kranken- oder Sozialversicherern? Erhielten Sie Lohnfortzahlung? Wie lange? Erhalten Sie Arbeitslosengeld? (Bitte Bescheinigungen beifügen.)
6. Bei Selbstständigen: Reichen Sie uns die Bilanzen vor und nach dem Schadensereignis herein. Falls Sie eine Ersatzkraft eingestellt haben, Belege über die Kosten derselben. Im Zweifel muss ein Gutachten eines Wirtschaftsprüfers eingezogen werden, falls der streitige Betrag den Aufwand lohnt.
7. Erstellen Sie unter Berücksichtigung der oben dargestellten Ausführungen Ihren Erwerbsschaden wie folgt:

Zunächst ermitteln Sie Ihren Nettolohn bzw. bei Selbstständigen Ihren Monatsgewinn. Vergleichen Sie die Situation vor und nach dem schädigenden Ereignis. Ziehen Sie von dem Erwerbsausfall Leistungen von Kranken- und Sozialversicherern ab. Das gilt auch für eine Lohnfortzahlung.

## **2. Haftungsumfang**

### **C. Haushaltshilfe**

Falls Sie ganz oder teilweise in der Führung und/oder Ausübung Ihres Haushaltes schädigungsbedingt gehindert sind, haben Sie Anspruch auf Schadenersatz, gleichgültig ob Sie eine Haushaltshilfe anstellen oder nicht. Haben Sie eine Haushaltshilfe angestellt, erhalten Sie den schädigungsbedingt entstandenen Mehrbedarf auf Nachweis brutto ersetzt. Falls Sie auf keine Hilfskraft zurückgreifen (das ist der Normalfall), sondern Ihre Beeinträchtigung durch überobligatorische Mehrbelastung oder unentgeltliche Mithilfe von Familienangehörigen oder Dritten auffangen, können Sie denjenigen Betrag verlangen, den eine entsprechende Haushaltshilfe an Lohn netto verdienen würde. Dies gilt auch, wenn der den Haushalt führende Ehegatte verstorben ist.

Um diese Schadensposition errechnen und belegen zu können, bitten wir Sie, die nachfolgenden aufgeführten Fragen auf einem gesonderten Bogen möglichst maschinenschriftlich sorgfältig zu beantworten:

1. Haben Sie schädigungsbedingt eine Haushaltshilfe (auch Gärtner, Fensterputzer, etc.) einstellen müssen? Wenn ja, reichen Sie uns bitte eine Aufstellung über die Kosten der Haushaltshilfe herein (unbedingt Belege beifügen).
2. Wie sind Ihre Wohnverhältnisse (wie groß ist die Wohnung/das Haus; haben Sie einen Garten; in welcher Größe)?
3. Wie viele Personen umfasst Ihr Haushalt? Falls Sie Kinder haben, wie alt sind diese, welchen Beruf üben sie aus? Wie lange werden sie voraussichtlich in Ihrem Haushalt noch bleiben? Welchen Beruf übt ggfls. Ihr Ehepartner aus?
4. Waren Sie vor der Schädigung nur im Haushalt tätig oder haben Sie nebenher noch voll oder halbtags gearbeitet?
5. Schätzen Sie Ihren Haushalt als einen normalen oder einen besonders zeitintensiven ein (beispielsweise mehrere warme Mahlzeiten täglich, besondere Essenzubereitung, besonders großer Haushalt, etc.)?
6. Welche Tätigkeiten können Sie aufgrund Ihrer Schädigung in Ihrem Haushalt nicht oder nur noch eingeschränkt bzw. unter Schmerzen ausführen (bitte sorgfältig auflisten)?
7. Wie weit sind Sie prozentual in Ihrer Haushaltsführungsfähigkeit beeinträchtigt? Falls vorhanden, reichen Sie uns eine Bescheinigung über Ihre abstrakte MdE (Minderung der Erwerbstätigkeit) herein. Eine Bescheinigung wird regelmäßig vom zuständigen Versorgungsamt ausgegeben, wenn es darum geht, einen Behindertenausweis zu beantragen. Falls Sie eine solche Bescheinigung nicht besitzen, versuchen Sie bitte, uns von Ihrem Hausarzt eine solche zu übermitteln. Ansonsten schätzen Sie wenigstens, wie stark die Beeinträchtigungen sind.

Falls Sie keine Haushaltshilfe eingestellt haben, werden wir den Ihnen zustehenden Schadenersatzanspruch anhand von einschlägigen Tabellen schätzen oder eventuell zur Einholung eines Gutachtens raten.

## **2. Haftungsumfang**

### **D. sonstiger materieller Schadenersatz**

Als Geschädigter haben Sie Anspruch darauf, dass, liegt ein schuldhaftes Verhalten vor, Sie alle schadensbedingt entstandenen Kosten ersetzt bekommen. Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen deshalb möglichst maschinenschriftlich auf einem gesonderten Blatt, damit wir alle Positionen sachgerecht zusammenfügen können:

1. Waren schädigungsbedingt Heilbehandlungskosten erforderlich, welche die Krankenversicherung nicht oder nur teilweise erstattete? Wenn ja, listen Sie diese auf und fügen die betreffenden Belege geordnet bei.
2. Sind Besuchskosten naher Angehöriger im Krankenhaus in einem angemessenen Rahmen entstanden? Alle Besuchsfahrten pp. mit Daten, Ortsangaben, Personen und km-Länge aufgelistet und zusammengerechnet angeben.
3. Sind im Krankenhaus Telefonkosten entstanden? In welche Höhe (Belege)? Sind auch nach dem Krankenhausaufenthalt erhöhte Telefonkosten angefallen (Belege)?
4. Benötigt der Geschädigte eine Pflegekraft und/oder wird er z.B. beturnt? Wird dies in der Familie durchgeführt? Wie viele Stunden täglich? Falls eine Pflegekraft eingestellt ist, legen Sie bitte diese Bescheinigungen bei. Ansonsten beschreiben Sie die Pflege pp., die in der häuslichen Gemeinschaft ausgeübt wird, detailliert unter Angabe von Personen und Umfang. Auch für die häusliche Pflege pp. besteht ein Anspruch auf Ersatz. Wir müssen dazu von Ihnen genau wissen, welche Leistungen tagtäglich in welchem Umfang (Minuten, Stunden) erbracht werden. Fertigen Sie ggfls. ein Pflegeprotokoll an.
5. Sind sonstige Hilfsmittel irgendwelcher Art nötig geworden? Hierzu gehören beispielsweise Mehrverschleiß an Kleidern, zusätzliche Einrichtungen für das Kraftfahrzeug, Kuren, Diäten, Körperpflegemittel, Privatunterricht für Schüler, Anschaffung besonderer Hilfsmittel (beispielsweise Rollstuhl, Behindertenaufzug, elektronische Schreibmaschine, behindertengerechte Wohnung), Stärkungsmittel, etc.? (Nach Möglichkeit für jeden einzelnen Punkt Bescheinigungen beibringen oder zumindest Zeugen benennen.)
6. Sind sonst irgendwelche Mehrausgaben entstanden, die Sie glauben, auf den Schaden zurückführen zu können? Wenn ja, teilen Sie uns diese mit unter Beifügung entsprechender Beweismittel. Wir werden dann prüfen, ob diese Position dann geltend gemacht werden kann oder nicht.

# Fragebogen zur Bewertung der Leistungen im Haushalt

Mandat:

Aktenzeichen:

## Angaben über die im Haushalt lebenden Personen

**Ehemann:** Geburtsdatum:  Erwerbstätig:  Ja  Nein Arbeitszeit\*:

**Ehefrau:** Geburtsdatum:  Erwerbstätig:  Ja  Nein Arbeitszeit\*:

**Kind:** Geburtsdatum:  Erwerbstätig:  Ja  Nein Arbeitszeit\*:

**Kind:** Geburtsdatum:  Erwerbstätig:  Ja  Nein Arbeitszeit\*:

**Sonstige:** Geburtsdatum:  Erwerbstätig:  Ja  Nein Arbeitszeit\*:

\* Gefragt ist die berufsbedingte Abwesenheit von zu Hause pro Woche

## Mithilfe des Ehegatten und der Kinder

**Ehemann/-frau:**  Std./Woche, Arbeiten:

**Kinder:**  Std./Woche, Arbeiten:

## Hilfskräfte für die Arbeitsbewältigung (vor dem Unfall)

Putzhilfe, Stundenfrau u.ä.:  Stunden / Woche

Lohn (mit/ohne Verpflegung; Fahrtkosten):  Betrag / Woche

Wirtschafterin, Hausgehilfin u. a.:  Stunden / Woche

Lohn (mit/ohne Verpflegung; Fahrtkosten):  Betrag / Woche

## Wohnverhältnisse

Einfamilienhaus

Einzelofen

Mehrfamilienhaus

Etagenheizung

Energieart:

Miet- / Eigentumswohnung

Zentralheizung

Größe der Wohnung (qm):

Anzahl der Räume (einschl. Küche):

## Garten

Größe (qm):  Wer bewirtschaftet den Garten:

Arbeitsaufwand für Garten:  Std./Woche Lage zur Wohnung:  am Haus  in der Nähe

## Kraftfahrzeuge

Typ: 1.  2.  3.

**Sonstige Angaben**

Welche Haushaltsmitglieder nehmen an einer Außer-Haus-Verpflegung teil?

Welche Mahlzeiten?:

Wie viele warme Mahlzeiten werden etwa pro Woche im Haushalt gegeben?

Mittagessen:

Abendessen:

Ist bzw. wird eine Ersatzkraft eingestellt?  Ja  Nein

Wenn ja, Datum der Einstellung:

Gezahlte Vergütung pro Stunde, brutto:

Nebenleistungen:

**Bestehender Bedarf an Haushaltstätigkeit**

Die aufzuwendende Arbeit zur Führung des Haushaltes beträgt insgesamt

Wochenstunden.

Sie setzt sich aus folgenden Tätigkeiten zusammen:

Tätigkeit	Wochenstunden	
	insgesamt	eigene Leistung
Einkaufen		
Nahrungszubereitung		
Säubern von Geschirr		
Aufräumen und Reinigen der Wohnung		
Wechseln, Reinigen und Instandhalten von Kleidung und Wäsche		
Betreuung von Kindern oder anderen Personen im Haushalt		
evtl. Tierhaltung		
Gartenpflege		
Pflege eines Pkw		
andere kleinere Arbeiten wie		
Planung und Organisation		
Behördengänge		

Welche Arbeiten konnten nach dem schädigenden Ereignis für welchen Zeitraum nicht übernommen werden?

**Besondere Angaben zur besseren Beurteilung des Haushaltstyps**

Ort, Datum

Unterschrift