

## Antragsformular | betreffend aussergerichtliche Begutachtung durch die FMH-Gutachterstelle

### I. Formelle Angaben zu den Parteien

#### Patient(in)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

#### Vertretung (falls Patient(in) urteilsunfähig oder verstorben, Art. 4 Abs. 3 Reglement)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

#### Rechtsvertretung (Art. 4 Abs. 2 Reglement)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Betroffene Ärzte/innen<sup>1</sup> (Ärzte/innen in der Privatpraxis, Belegärzte/innen) und Pflegepersonal**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Medizinische Fachrichtung \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Medizinische Fachrichtung \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Medizinische Fachrichtung \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Medizinische Fachrichtung \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Wenn sich der Ersatzanspruch direkt gegen den behandelnden Arzt richtet.

**Haftpflichtversicherung(en) der Ärzte/innen**

Name Versicherung \_\_\_\_\_

Referenznummer \_\_\_\_\_

Name, Vorname zuständige Person \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Name Versicherung \_\_\_\_\_

Referenznummer \_\_\_\_\_

Name, Vorname zuständige Person \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Name Versicherung \_\_\_\_\_

Referenznummer \_\_\_\_\_

Name, Vorname zuständige Person \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## **Betroffenes Spital<sup>2</sup>**

Name Spital \_\_\_\_\_

Name, Vorname Spitalleitung \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## **Betroffene angestellte Spitalärzte/innen und Pflegepersonal**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Medizinische Fachrichtung \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

## **Haftpflichtversicherung des Spitals**

Name Versicherung \_\_\_\_\_

Referenznummer \_\_\_\_\_

Name, Vorname zuständige Person \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Wenn sich der Ersatzanspruch direkt gegen das Spital richtet.

## II. Prozessuale Angaben

### Wahl des Verfahrens (Art. 9 Reglement)

- Schriftliches Begutachtungsverfahren
- FMH-GGK<sup>3</sup> (mit Zustimmung Gegenpartei)

### Einvernehmliche Parteifragen (fakultativ, mit Gegenpartei vereinbart, Art. 11 Reglement)

- Ja
- Nein

### Einvernehmlicher Gutachternvorschlag (fakultativ, mit Gegenpartei vereinbart, Art. 13 Reglement)

- Ja (siehe Angaben unten)
- Nein, weil
  - die Parteien sich über die Auswahl eines Gutachters nicht einigen konnten
  - oder
  - die Parteien sich diesbezüglich nicht abgesprochen haben

Name, Vorname (Hauptgutachter/in)<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

Medizinische Fachrichtung \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Co-Gutachter/in) \_\_\_\_\_

Medizinische Fachrichtung \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Das FMH-GGK ist ein mündliches Begutachtungsverfahren.

<sup>4</sup> Es soll ein Gutachter/eine Gutachterin die Gesamtverantwortung übernehmen.

### III. Angaben zu der/den zu begutachtenden Behandlung(en)

Datum/Dauer der zu begutachtenden Behandlung(en)

---

Sachverhalt / Behandlungsgeschichte<sup>5</sup>

*Hinweis: Der Text sollte ausgedruckt lesbar sein. Reichen Sie bei Platzmangel den zusätzlichen Text auf einem separat erstellten Dokument ein.*

<sup>5</sup> Es kann, muss aber nicht auf die Beilagen (medizinische Dokumentation) verwiesen werden.

## Fehlervermutung(en)

*Hinweis: Der Text sollte ausgedruckt lesbar sein. Reichen Sie bei Platzmangel den zusätzlichen Text auf einem separat erstellten Dokument ein.*

## Gesundheitsschaden nach der/den Behandlung(en)

*Hinweis: Der Text sollte ausgedruckt lesbar sein. Reichen Sie bei Platzmangel den zusätzlichen Text auf einem separat erstellten Dokument ein.*

## Heutiger Gesundheitszustand/heutiger Gesundheitsschaden

*Hinweis: Der Text sollte ausgedruckt lesbar sein. Reichen Sie bei Platzmangel den zusätzlichen Text auf einem separat erstellten Dokument ein.*

**Kausalzusammenhang (Zusammenhang zwischen der/den Behandlung(en) und dem Gesundheitsschaden)**

*Hinweis: Der Text sollte ausgedruckt lesbar sein. Reichen Sie bei Platzmangel den zusätzlichen Text auf einem separat erstellten Dokument ein.*

**Stand des Verfahrens (bisher unternommene Verfahrensschritte)**

*Hinweis: Der Text sollte ausgedruckt lesbar sein. Reichen Sie bei Platzmangel den zusätzlichen Text auf einem separat erstellten Dokument ein.*

**Über den Fall sind orientiert (vor- und nachbehandelnde Ärzte/innen)**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

## Wichtig

- Ich habe/mein(e) Klient/in hat das Reglement der aussergerichtlichen FMH-Gutachterstelle vom 20. Juni 2019 zur Kenntnis genommen.
- Ich bin bereit/mein(e) Klient/in ist bereit, dem Gutachter alle notwendigen Auskünfte zu erteilen und ihm die erforderlichen und mir/meinem(r) Klienten/in selbst zugänglichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen (Art. 7 Abs. 1 Reglement).
- Ich halte mich/mein(e) Klient/in hält sich zur Untersuchung durch den Gutachter zur Verfügung. Die daraus allfällig entstehenden Reisekosten, Kosten für Dolmetscher und sonstige Umtriebe gehen zu meinen/seinen/ihren Lasten (Art. 7 Abs. 2 Reglement).
- Ich entbinde/mein(e) Klient/in entbindet die behandelnden Ärzte/innen und/oder Spitäler, sowie die vor- und nachbehandelnden Ärzte/innen und Spitäler, die im Zusammenhang mit der vermuteten Sorgfaltspflichtverletzung bzw. dem Organisationsverschulden zu tun gehabt haben, von ihrem Arztgeheimnis. Die Entbindung gilt gegenüber der Gutachterstelle und den am Begutachtungsverfahren Beteiligten (Art. 7 Abs. 3 Reglement).

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller/in<sup>6</sup>

\_\_\_\_\_

### Beilagen (im Doppel):

- Vollständige medizinische Akten (chronologisch nach Datum geordnet), welche für die zu begutachtende(n) Behandlung(en) relevant sind, inkl. Beilagenverzeichnis
- Materielle Stellungnahme der Versicherung(en)

### Beilagen, je nach Fall anzupassen (im Doppel):

- Nachweis bei Vertretung (z.B. Vollmacht, Erbenbescheinigung)
- Vollmacht bei Rechtsvertretung
- Einverständniserklärung des Spitals (Art. 3 Reglement)
- Einverständniserklärung des Arztes, wenn er nicht FMH-Mitglied ist (Art. 2 Abs. 3 Reglement)
- Nachweis der Unterbrechung der Verjährung / keine Verwirkung<sup>7</sup>
  
- Gemeinsame Parteifragen
- Bei gemeinsamen Parteifragen: Nachweis der Zustimmung der Gegenpartei
- Bei Wahl des FMH-GGK: Nachweis der Zustimmung der Gegenpartei
- Bei einvernehmlichem Gutachtervorschlag: Nachweis der Zustimmung der Gegenpartei

Hinweis: Sie können das Antragsformular mit den Beilagen per Post senden an:

*Briefpost: Aussergerichtliche Gutachterstelle der FMH, Postfach, 3000 Bern 16*

*Pakete: Aussergerichtliche Gutachterstelle der FMH, Elfenstrasse 18, 3006 Bern*

<sup>6</sup> Unterschrift von Patient, Vertretung oder Rechtsvertretung.

<sup>7</sup> Falls die Verjährung und/oder Verwirkung des Anspruchs drohen.