

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 Bestellungsurkunde beifügen)

**II. Gegen wen richtet sich der Vorwurf eines Behandlungsfehlers?
(Wessen Behandlung soll überprüft werden?)**

1. Krankenhausbehandlung:

a) Krankenhaus/ Ort: _____

Abteilung: _____ Chefärztin/ -arzt: _____

b) Krankenhaus/ Ort: _____

Abteilung: _____ Chefärztin/ -arzt: _____

c) Krankenhaus/ Ort: _____

Abteilung: _____ Chefärztin/ -arzt: _____

2. Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt/ Belegarzt:

a) Name: _____

Praxisanschrift: _____

b) Name: _____

Praxisanschrift: _____

c) Name: _____

Praxisanschrift: _____

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

Zu II. 1.: a) _____

b) _____

c) _____

Zu II. 2.: a) _____

b) _____

c) _____

IV. Was wird den genannten Ärztinnen / Ärzten vorgeworfen? (kurze stichwortartige Angaben genügen)

Zu II. 1.: a) _____

b) _____

c) _____

Zu II. 2.: a) _____

b) _____

c) _____

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

Zu II. 1.: a) _____

b) _____

c) _____

Zu II. 2.: a) _____

b) _____

c) _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

VERFAHREN DER GUTACHTERKOMMISSION

Gemäß der europaweit geltenden Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir ab dem 25. Mai 2018 verpflichtet, Ihnen Informationen im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten bei der Gutachterkommission für Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein zu geben. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne mit der Überreichung dieses Informationsblattes nach.

I. KONTAKTDATEN

VERANTWORTLICHER NACH DSGVO

Ärztekammer Nordrhein,
Körperschaft des öffentlichen Rechts,
vertreten durch den Präsidenten
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
datenschutzverantwortlicher@aekno.de
Tel.: 0211/4302-0

BEHÖRDLICHER DATENSCHUTZBEAUFTRAGTER

Ärztekammer Nordrhein,
Datenschutzbeauftragter
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
datenschutzbeauftragter@aekno.de
Tel.: 0211/4302-0

II. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt, um Ihrem Anliegen/Antrag auf Begutachtung nachgehen zu können. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit Sie uns diese zugänglich gemacht haben oder noch zur Verfügung stellen werden. Die Erhebung von Daten bei Dritten erfolgt nur, soweit sie uns hierzu Ihre Einwilligung geben. Werden die notwendigen Daten nicht bereitgestellt, kann jedoch unter Umständen eine umfassende Bearbeitung des Anliegens nicht erfolgen.

III. RECHTSGRUNDLAGEN DER DATENVERARBEITUNG

Die rechtliche Befugnis für die Datenverarbeitung ergibt sich insbesondere aus den Artikeln 6 Abs. 1 S. 1 e, 9 Abs. 2 Buchstabe a, Abs. 2 und 3 DSGVO sowie §§ 6 Abs. 1 Nr. 9, 8 Heilberufsgesetz NRW und dem Statut der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Aufgabe der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler ist festzustellen, ob einer Ärztin oder einem Arzt, die der Ärztekammer Nordrhein als Mitglied angehören, ein Behandlungsfehler in Diagnostik oder Therapie vorzuwerfen ist, durch den die Patientin/der Patient einen Gesundheitsschaden erlitten hat oder voraussichtlich erleiden wird. Die Gutachterkommission wird auf schriftlichen Antrag eines Beteiligten (Patientin/Patient oder Ärztin/Arzt) tätig.

IV. EMPFÄNGER DER PERSONENBEZOGENEN DATEN UND GESUNDHEITSDATEN

Personenbezogene Daten übermitteln wir an Dritte nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Gesundheitsdaten übermitteln wir an Dritte nur, wenn Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten können vor allem Ärztinnen und Ärzte, medizinische Sachverständige sowie Haftpflichtversicherungen sein.

Sollte sich aus Ihrem Anliegen ein berufsaufsichtsrechtliches Verfahren gegen die Ärztin oder den Arzt entwickeln, können Ihre Daten z.B. auch an ein Berufsgesicht für Heilberufe oder eine Staatsanwaltschaft weitergegeben werden.

Die Übermittlung erfolgt zum Zwecke der Einholung von fallrelevanten Informationen sowie zur Klärung von Sachverhalten und Umständen hinsichtlich Ihres Behandlungsverhältnisses/Anliegens.

V. DAUER DER DATENSPEICHERUNG

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten längstens zehn Jahre nach Abschluss des Verfahrens auf.

VI. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Sofern Sie eine Einwilligung erteilt haben, so haben Sie das Recht, diese Einwilligung für eine zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Diese ist: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de Tel.: 0211 / 38424-0.