

Schadenmeldung Ärzthaftpflicht

Angaben zum Versicherungsnehmer der AXA Winterthur

Anrede: * Frau Herr

Name: *

Vorname: *

Strasse/Nr.: *

PLZ/Ort: *

Telefon: *

E-Mail: *

Policen-Nr: xx.xxx.xxx . .

Spital / Klinik:

Belegarzt: Ja Nein

Angaben zur Kontaktperson

Versicherungsnehmer:

Anrede: Frau Herr

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Angaben zu den behandelnden Personen

Anrede: Frau Herr

Name:

Vorname:

Position:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Anrede: Frau Herr

Name:

Vorname:

Position:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Angaben zum Patienten

Geben Sie bitte folgende Informationen an, ohne dass sie Rückschlüsse auf die Identität des Patienten geben.

Geburtsdatum: * TT.MM.JJJJ . .

Beruf: *

Aufgrund straf- und datenschutzrechtlichen Bestimmungen dürfen Patientendaten erst dann bekanntgegeben werden, wenn eine entsprechende Einwilligung des Patienten vorliegt.

Liegt eine schriftliche Einwilligung des Patienten vor?

Ja Nein

Angaben zum Vorfall

Durchgeführte Behandlung oder Operation *

Datum der Operation oder des möglichen Fehlverhaltens

TT.MM.JJJJ . .

Eingetretene Gesundheitsbeeinträchtigung beim Patienten *

Voraussichtlicher Verlauf *

Ist der Patient arbeitsunfähig? * Ja Nein

In welchem Umfang?

Angaben zu den Vorwürfen

Wurden vom Patienten Vorwürfe erhoben? *

Ja Nein

Falls ja, wann und in welcher Hinsicht?

Wurden vom Patienten bereits Ersatzansprüche gestellt? *

Ja Nein

Falls ja, wann und in welcher Höhe? (CHF)

Wird der Patient anwaltlich vertreten?

Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte Name und Adresse des Vertreters an.

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Zusätzliche Angaben

Mitteilung

Hinweis

Durch Absenden des Formulars (Button «E-Mail») bestätigen Sie, dass die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet sind.