



Schadenanzeige Haftpflicht – Personenschäden

Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an
Funk Hospital Versicherungsmakler GmbH
FHG Zentrale Hamburg
Frau Vanessa Koch
Valentinskamp 20
20354 Hamburg

Versicherte Person

v.koch@funk-gruppe.de



Wird von Funk ausgefüllt:

FUNK-NR.

FUNK-Schaden-Nr.

Versicherungsschein-Nr.

01 004383 0000/6 4-

Ansprechpartner*in (Name)

Schaden-Nr. / Kostenstelle Vers.nehmer

Telefon

E-Mail-Adresse

Unterliegt dieser E-Mail-Account der TLS-Verschlüsselung?

ja

nein

Schadenort/Anschrift

Schaden aus

ambulanter Behandlung

stationärem Aufenthalt

Schadentag/Uhrzeit

Schadenhöhe/Forderung (soweit bekannt)

€

Schadenvorwurf 1

Fehlmedikation

allergische Reaktion

unzureichende Überwachung

Intubationsfehler

Paravasat

Geräteinsatz

Sonstiges

Schadenvorwurf 2

fehlerhafte Aufklärung

unterbliebene Dokumentation

Organisationsverschulden

Zwischenfallmanagement

Facharzt-Standard

Hygiene

Personalausstattung

Verletzungsfolge

Zahnschaden

Sturz

Pneumothorax

Hirnschaden

Atemstillstand

Kollaps

Tod

anaphylaktischer Schock

Sonstiges

Besonderheiten

Kardiovaskuläres System

Zentrales Nervensystem

Respiratorisches System

Endokrines System und Metabolismus



Schadenanzeige Haftpflicht – Personenschäden

Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten

Besondere Schadenbereiche

- Intensivmedizin Schmerztherapie Palliativmedizin IMC Aufwachraum

Behaupteter Schadenverursacher

- Mitarbeiter*in Konsiliararzt*in Belegarzt*in Niedergelassene*r Arzt*in Honorararzt*in

Medizinisches Verfahren

- Intubation Periduralanästhesie Regionalanästhesie Spinalanästhesie
 Totalintravenöse Anästhesie (TIVA) Lokalanästhesie Periduralkatheter Sedierung
 Allgemeinanästhesie Tracheotomie Paralytisch-Anästhesie
 Sonstige _____

Schadenhergang / Anmerkungen (bitte Unterlagen beifügen)

Geschädigte Person (Name, Anschrift)

Geburtsdatum

- Patient*in Mitarbeiter*in Besucher*in sonstige Person

Weitere Anspruchstellende

- Krankenkasse _____ Sonstige _____
 Es wurden bereits Ansprüche geltend gemacht: mündlich schriftlich (Anspruchsunterlagen beifügen)

Wichtige Hinweise

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen getätigt. Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben können auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, wenn dem Versicherer daraus kein Nachteil erwächst.

Datenschutz-Hinweis

Informationen zum Schutz personenbezogener Daten bei deren Verarbeitung durch die Funk Gruppe GmbH nach Art. 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf <https://www.funk-gruppe.de/de/datenschutz/#c37539>. Auf Wunsch übersenden wir diese Informationen auch in Papierform.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel