

Schadenanzeige Haftpflicht – Personenschäden

Berufsverband Deutscher Anästhesisten

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

Versicherte Person

fax: +49 40 35914-73645
 a.reichert@funk-gruppe.de



Wird von Funk ausgefüllt:

FUNK-NR. 01 004383 0000/6 4-	FUNK-Schaden-Nr.	Versicherungsschein-Nr.
---------------------------------	------------------	-------------------------

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 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 Sonstige _____

Schadenhergang / Anmerkungen (bitte Unterlagen beifügen)

Geschädigte Person (Name, Anschrift)

Geburtsdatum

Patient*in Mitarbeiter*in Besucher*in sonstige Person

Weitere Anspruchsteller

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