

# 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



<b>Wird von Funk ausgefüllt:</b>		
FUNK-NR. <b>01 004383 0000/6 4-</b>	FUNK-Schaden-Nr.	Versicherungsschein-Nr.

Ansprechpartner*in (Name)	Schaden-Nr. / Kostenstelle Vers.nehmer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefon	E-Mail-Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Schadenort/Anschrift

Schaden aus  ambulanter Behandlung  stationärem Aufenthalt

Schadentag/Uhrzeit	Schadenhöhe/Forderung (soweit bekannt)	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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