



## 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](mailto: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