

|                |                      |                            |
|----------------|----------------------|----------------------------|
| Mitglieds-Nr.: | <input type="text"/> |                            |
| Name:          | <input type="text"/> | Tel.: <input type="text"/> |
| Anschrift:     | <input type="text"/> |                            |
| E-Mail:        | <input type="text"/> | Fax: <input type="text"/>  |

BDA-Versicherungsreferat  
Neuwieder Straße 9

**Per E-Mail:**  
versicherung@bda-ev.de

90411 Nürnberg

## Strafrechtliches Ermittlungsverfahren

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit teile ich Ihnen mit, dass gegen mich als Beschuldigte\*r wegen des Verdachts der

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> fahrlässigen Körperverletzung | <input type="checkbox"/> unterlassenen Hilfeleistung |
| <input type="checkbox"/> fahrlässigen Tötung           | <input type="checkbox"/> <input type="text"/>        |

zu Lasten des/der Patient\*in (Name bitte abkürzen)  
strafrechtlich ermittelt wird.

Der Zwischenfall ereignete sich am:

Ich war bei der Behandlung tätig als

- |   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mitarbeiter*in | <input type="checkbox"/> Konsiliar-<br>arzt*in | <input type="checkbox"/> Beleg-<br>arzt*in | <input type="checkbox"/> Niedergelassene*r<br>Arzt*in | <input type="checkbox"/> Honorararzt*in |
|---|--|--|---|---|

### Schadenbereiche

- |                             |   |   |   |  |                              |  |
|-----------------------------|---|---|---|--|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> OP | <input type="checkbox"/> Aufwach-<br>raum | <input type="checkbox"/> Intensiv-<br>medizin | <input type="checkbox"/> Schmerz-<br>therapie | <input type="checkbox"/> Palliativ-<br>medizin | <input type="checkbox"/> IMC | <input type="checkbox"/> Notarzt-<br>einsatz |
|-----------------------------|---|---|---|--|------------------------------|--|

### Schadenvorwurf 1

- |  |  |   |  |                                    |
|--|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fehl-<br>medikation | <input type="checkbox"/> allergische<br>Reaktion | <input type="checkbox"/> unzureichende<br>Überwachung | <input type="checkbox"/> Intubationsfehler | <input type="checkbox"/> Paravasat |
| <input type="checkbox"/> Geräteeinsatz       | <input type="checkbox"/> Sonstiges               |   |  |                                    |

### Schadenvorwurf 2

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> fehlerhafte<br>Aufklärung | <input type="checkbox"/> unterbliebene<br>Dokumentation | <input type="checkbox"/> Organisations-<br>verschulden | <input type="checkbox"/> Zwischenfall-<br>management |
| <input type="checkbox"/> Facharzt-<br>Standard     | <input type="checkbox"/> Hygiene                        | <input type="checkbox"/> Personal-<br>ausstattung      |  |

**Verletzungsfolge**

- Zahn-schaden
- Sturz
- Pneumothorax
- Hirnschaden
- Atemstillstand
- Kollaps
- Tod
- anaphylaktischer Schock
- Sonstiges

**Besonderheiten**

- Kardiovaskuläres System
- Zentrales Nervensystem
- Respiratorisches System
- Endokrines System u. Metabolismus

**Medizinisches Verfahren**

- Intubation
- Peridural-anästhesie
- Regional anästhesie
- Spinalanästhesie
- Totalintravenöse Anästhesie (TIVA)
- Lokalanästhesie
- Periduralkatheter
- Sedierung
- Allgemeinanästhesie
- Tracheotomie
- Paralytisch-Anästhesie
- Sonstige

Näheres entnehmen Sie bitte der anliegenden Sachverhaltsschilderung (bitte beifügen und Daten Dritter anonymisieren).

Ich bin Mitglied des BDA seit: \_\_\_\_\_

Mit der Wahrnehmung meiner Interessen habe ich beauftragt Herrn/Frau Rechtsanwalt\*in:

Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_

Es besteht für mich anderweitiger Rechtsschutz (RSV):

- eigene RSV
- RSV über den Arbeitgeber
- sonstige RSV
- keine eigene / anderweitige RSV

Damit eine weitere Bearbeitung/Deckungsbestätigung möglich ist, bin ich mit der Übermittlung dieser Daten/ Informationen an die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift