

Mitglieds-Nr.: _____
 Name: _____ Tel.: _____
 Anschrift: _____
 E-Mail: _____ Fax: _____

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

- fahrlässigen Körperverletzung unterlassenen Hilfeleistung
 fahrlässigen Tötung _____

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

Der Zwischenfall ereignete sich am: _____

Ich war bei der Behandlung tätig als

- Mitarbeiter*in Konsiliar-
arzt*in Beleg-
arzt*in Niedergelassene*r
Arzt*in Honorararzt*in

Schadenbereiche

- OP Aufwach-
raum Intensiv-
medizin Schmerz-
therapie Palliativ-
medizin IMC Notarzt-
einsatz

Schadenvorwurf 1

- Fehl-
medikation allergische
Reaktion unzureichende
Überwachung Intubationsfehler Paravasat
 Geräteeinsatz Sonstiges

Schadenvorwurf 2

- fehlerhafte
Aufklärung unterbliebene
Dokumentation Organisations-
verschulden Zwischenfall-
management
 Facharzt-
Standard Hygiene Personal-
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