

Antragsformular | betreffend aussergerichtliche Begutachtung durch die FMH-Gutachterstelle

I. Formelle Angaben zu den Parteien

Patient(in)

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Vertretung (falls Patient(in) urteilsunfähig oder verstorben, Art. 4 Abs. 3 Reglement)

Name, Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Rechtsvertretung (Art. 4 Abs. 2 Reglement)

Name, Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Betroffene Ärzte/innen¹ (Ärzte/innen in der Privatpraxis, Belegärzte/innen) und Pflegepersonal

Name, Vorname _____

Medizinische Fachrichtung _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Name, Vorname _____

Medizinische Fachrichtung _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Name, Vorname _____

Medizinische Fachrichtung _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Name, Vorname _____

Medizinische Fachrichtung _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

¹ Wenn sich der Ersatzanspruch direkt gegen den behandelnden Arzt richtet.

Haftpflichtversicherung(en) der Ärzte/innen

Name Versicherung _____

Referenznummer _____

Name, Vorname zuständige Person _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Name Versicherung _____

Referenznummer _____

Name, Vorname zuständige Person _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Name Versicherung _____

Referenznummer _____

Name, Vorname zuständige Person _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Betroffenes Spital oder Praxis²

Name Spital oder Praxis _____

Name, Vorname zuständige Person _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Betroffene angestellte Spitalärzte/innen oder angestellte Praxisärzte/innen und Pflegepersonal

Name, Vorname _____

Medizinische Fachrichtung _____

Funktion _____

Name, Vorname _____

Medizinische Fachrichtung _____

Funktion _____

Name, Vorname _____

Medizinische Fachrichtung _____

Funktion _____

Name, Vorname _____

Medizinische Fachrichtung _____

Funktion _____

Haftpflichtversicherung des Spitals oder der Praxis

Name Versicherung _____

Referenznummer _____

Name, Vorname zuständige Person _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

² Wenn sich der Ersatzanspruch direkt gegen das Spital oder die Praxis richtet.

II. Prozessuale Angaben

Wahl des Verfahrens (Art. 9 Reglement)

- ☐ Schriftliches Begutachtungsverfahren
- ☐ FMH-GGK³ (mit Zustimmung Gegenpartei)

Einvernehmliche Parteifragen (fakultativ, mit Gegenpartei vereinbart, Art. 11 Reglement)

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Einvernehmlicher Gutachternvorschlag (fakultativ, mit Gegenpartei vereinbart, Art. 13 Reglement)

- ☐ Ja (siehe Angaben unten)
- ☐ Nein, weil
 - ☐ die Parteien sich über die Auswahl eines Gutachters nicht einigen konnten
 - oder
 - ☐ die Parteien sich diesbezüglich nicht abgesprochen haben

Name, Vorname (Hauptgutachter/in)⁴ _____

Medizinische Fachrichtung _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Name, Vorname (Co-Gutachter/in) _____

Medizinische Fachrichtung _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

³ Das FMH-GGK ist ein mündliches Begutachtungsverfahren.

⁴ Es soll ein Gutachter/eine Gutachterin die Gesamtverantwortung übernehmen.

III. Angaben zu der/den zu begutachtenden Behandlung(en)

Datum/Dauer der zu begutachtenden Behandlung(en)

Sachverhalt / Behandlungsgeschichte⁵

Hinweis: Der Text sollte ausgedruckt lesbar sein. Reichen Sie bei Platzmangel den zusätzlichen Text auf einem separat erstellten Dokument ein.

⁵ Es kann, muss aber nicht auf die Beilagen (medizinische Dokumentation) verwiesen werden.

Fehlervermutung(en)

Hinweis: Der Text sollte ausgedruckt lesbar sein. Reichen Sie bei Platzmangel den zusätzlichen Text auf einem separat erstellten Dokument ein.

Gesundheitsschaden nach der/den Behandlung(en)

Hinweis: Der Text sollte ausgedruckt lesbar sein. Reichen Sie bei Platzmangel den zusätzlichen Text auf einem separat erstellten Dokument ein.

Heutiger Gesundheitszustand/heutiger Gesundheitsschaden

Hinweis: Der Text sollte ausgedruckt lesbar sein. Reichen Sie bei Platzmangel den zusätzlichen Text auf einem separat erstellten Dokument ein.

Kausalzusammenhang zwischen der/den Behandlung(en) und dem Gesundheitsschaden

Hinweis: Der Text sollte ausgedruckt lesbar sein. Reichen Sie bei Platzmangel den zusätzlichen Text auf einem separat erstellten Dokument ein.

Unternommene Schritte vor der Einreichung des Antrags

Hinweis: Der Text sollte ausgedruckt lesbar sein. Reichen Sie bei Platzmangel den zusätzlichen Text auf einem separat erstellten Dokument ein.

Über den Fall sind orientiert (vor- und nachbehandelnde Ärzte/innen)

Name, Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Name, Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Name, Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Name, Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Wichtig

- Ich habe/mein(e) Klient/in hat das Reglement der aussergerichtlichen FMH-Gutachterstelle vom 20. Juni 2019 zur Kenntnis genommen.
- Ich bin bereit/mein(e) Klient/in ist bereit, dem Gutachter alle notwendigen Auskünfte zu erteilen und ihm die erforderlichen und mir/meinem(r) Klienten/in selbst zugänglichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen (Art. 7 Abs. 1 Reglement).
- Ich halte mich/mein(e) Klient/in hält sich zur Untersuchung durch den Gutachter zur Verfügung (Art. 7 Abs. 2 Reglement). Die daraus allfällig entstehenden Reisekosten, Kosten für Dolmetscher und sonstige Umtriebe gehen zu meinen/seinen/ihren Lasten (Art. 10 Abs. 7 Reglement).
- Ich entbinde/mein(e) Klient/in entbindet die behandelnden Ärzte/innen, sowie die vor- und nachbehandelnden Ärzte/innen, die im Zusammenhang mit der vermuteten Sorgfaltspflichtverletzung bzw. dem Organisationsverschulden zu tun gehabt haben, von ihrem Arztgeheimnis. Die Entbindung gilt gegenüber der Gutachterstelle und den am Begutachtungsverfahren Beteiligten (Art. 7 Abs. 3 Reglement).
- Ich nehme/mein(e) Klient(in) nimmt zur Kenntnis und bin/ist damit einverstanden, dass alle am Gutachtenverfahren Beteiligten Zugriff auf sämtliche eingereichte Unterlagen haben.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in ⁶

Beilagen:

- ☐ Beilagenverzeichnis (Jahr-Monat-Tag – Titel des Dokuments z.B. 2025-01-22 Sprechstundenbericht Dr. Muster)
- ☐ Vollständige medizinische Akten (chronologisch nach Datum geordnet), welche für die zu begutachtende(n) Behandlung(en) relevant sind ⁷
- ☐ Materielle Stellungnahme respektive Haftungsablehnung der Versicherung(en)

Beilagen, je nach Fall anzupassen:

- ☐ Nachweis bei Vertretung (z.B. Vollmacht, Erbenbescheinigung)
- ☐ Vollmacht bei Rechtsvertretung
- ☐ Einverständniserklärung des Spitals oder der Praxis und deren/dessen Haftpflichtversicherung (Art. 3 Reglement)
- ☐ Einverständniserklärung des Arztes, wenn er nicht FMH-Mitglied ist und seiner Haftpflichtversicherung (Art. 2 Abs. 3 Reglement)
- ☐ Nachweis der Unterbrechung der Verjährung / keine Verwirkung ⁸
- ☐ Gemeinsame Parteifragen
- ☐ Bei gemeinsamen Parteifragen: Nachweis der Zustimmung der Gegenpartei
- ☐ Bei Wahl des FMH-GGK: Nachweis der Zustimmung der Gegenpartei
- ☐ Bei einvernehmlichem Gutachtervorschlag: Nachweis der Zustimmung der Gegenpartei

⁶ Unterschrift von Patient, Vertretung oder Rechtsvertretung.

⁷ Vorgutachten und/oder medizinische Berichte sind vollständig und mit Angabe der Fachdisziplin des Experten einzureichen.

⁸ Falls die Verjährung und/oder Verwirkung des Anspruchs drohen (Art. 8 Abs. 1 Reglement).

Hinweis: Sie können das Antragsformular mit den Beilagen per Post senden an:

- *Briefpost: Aussergerichtliche Gutachterstelle der FMH, Postfach, 3000 Bern 16*
- *Pakete: Aussergerichtliche Gutachterstelle der FMH, Elfenstrasse 18, 3006 Bern*