

## Medizinschadensfragebogen der Michael Graf Patientenanwälte

Bitte lesen Sie den Fragebogen erst vollständig durch, bevor Sie mit der Beantwortung beginnen. Ihre Angaben unterliegen der anwaltlichen Schweigepflicht.

Der Fragebogen ist die erste wesentliche Bearbeitungsgrundlage und bedarf deshalb wahrheitsgemäßer und sorgfältiger Ausfüllung.

### Teil 1: Handschriftlicher Teil - Ihre Daten

MANDANT = in der Regel der PATIENT

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

TelefonFestnetz \_\_\_\_\_

Telefon Handy: \_\_\_\_\_

Email (wichtig): \_\_\_\_\_

Besteht eine Rechtchutzversicherung: .....- ja / ..... - nein

Name/Anschrift der

Rechtchutzversicherung: \_\_\_\_\_

Vers.Nr. \_\_\_\_\_

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine gesetzliche Krankenversicherung? ..... - ja / ..... - nein

Name KV: \_\_\_\_\_

Anschrift KV: \_\_\_\_\_

Mitglieds-Nr. KV: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine private Zusatzversicherung: ..... - ja / ..... - nein

Name & Anschrift PKV: \_\_\_\_\_

Mitglieds-Nr. PKV: \_\_\_\_\_

Haben Sie nur eine private Krankenversicherung: ..... - ja / ..... - nein

Name KV : \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

WELCHE UNTERLAGEN LIEGEN IHNEN BEREITS VOR?

- \_ Karteikartenauszüge/Behandlungsunterlagen des gegnerischen Behandlers
- \_ Stellungnahme des gegnerischen Behandlers
- \_ Röntgenbilder oder andere Bildaufnahmen des gegnerischen Behandlers
- \_ Karteikartenauszüge/Behandlungsunterlagen der Nachbehandler
- \_ Stellungnahme der Nachbehandler
- \_ Röntgenbilder oder andere Bildaufnahmen der Nachbehandler
- \_ Weitere Unterlagen, nämlich:

<b>I. Angaben zur Person</b>	
1.	Geburtsort
2.	Geburtsdatum

<b>II. A) Angaben zur beruflichen Qualifikation</b>	
1.	Erlerner Beruf
2.	Lehre und Anlernzeiten
3.	Abgelegte Prüfungen

<b>II. B) Angaben zu tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten</b>			
1.	Name des Arbeitgebers		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Branche		
	Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit		
	Beschäftigungszeitraum	Von:	Bis:
	2.	Name des Arbeitgebers	
Straße und Hausnummer			
PLZ und Ort			
Branche			
Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit			
Beschäftigungszeitraum		Von:	Bis:
3.		Name des Arbeitgebers	
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Branche		
	Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit		
	Beschäftigungszeitraum	Von:	Bis:
	4.	Name des Arbeitgebers	
Straße und Hausnummer			
PLZ und Ort			
Branche			
Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit			
Beschäftigungszeitraum		Von:	Bis:
5.		Name des Arbeitgebers	
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Branche		
	Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit		
	Beschäftigungszeitraum	Von:	Bis:

III. Ärzte, von denen ich ambulant behandelt worden bin			
1.	Name des Arztes / der Ärztin		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Fachrichtung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
2.	Name des Arztes / der Ärztin		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Fachrichtung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
3.	Name des Arztes / der Ärztin		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Fachrichtung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
4.	Name des Arztes / der Ärztin		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Fachrichtung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
5.	Name des Arztes / der Ärztin		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Fachrichtung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
6.	Name des Arztes / der Ärztin		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Fachrichtung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
7.	Name des Arztes / der Ärztin		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Fachrichtung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:

IV. Krankenanstalten, in denen ich stationär behandelt worden bin			
1.	Name der Krankenanstalt		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Name des Arztes / der Ärztin		
	Fachrichtung / Fachabteilung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
2.	Name der Krankenanstalt		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Name des Arztes / der Ärztin		
	Fachrichtung / Fachabteilung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
3.	Name der Krankenanstalt		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Name des Arztes / der Ärztin		
	Fachrichtung / Fachabteilung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
4.	Name der Krankenanstalt		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Name des Arztes / der Ärztin		
	Fachrichtung / Fachabteilung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
5.	Name der Krankenanstalt		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Name des Arztes / der Ärztin		
	Fachrichtung / Fachabteilung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
6.	Name der Krankenanstalt		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Name des Arztes / der Ärztin		
	Fachrichtung / Fachabteilung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:

## Teil 2: Maschinenschriftlicher Teil

Beantworten Sie bitte ab hier unter Vorstellen der jeweiligen laufenden Nummer die Fragen auf Extrablättern; vorzugsweise am PC. Bitte beantworten Sie jede Frage so ausführlich wie möglich, gegebenenfalls können Sie die Antworten auch schätzen. (Formulierungsbeispiel: „Schätzungsweise... , Vermutlich ....“).

**Achtung:** Nicht jede Frage passt auf jeden Einzelfall, d.h. Fragen, die zu Ihrem Fall nicht passen, können Sie einfach auslassen.

### A) Fragen zu Behandlungsfehlern und Aufklärungsfehlern

1. Frage:

Welche Beschwerden und Diagnosen lagen dem Arztbesuch bzw. der Behandlung zu Grunde?

2. Frage:

Waren Sie (bzw. der Patient um den es hier geht) als Kassenpatient, Privatpatient oder Selbstzahler in Behandlung?

3. Frage:

Welche Behandler, welche Kliniken oder welches Personal ist ihrer Meinung nach für den Vorfall verantwortlich (Bitte genau die Namen und Anschriften nennen)?

4. Frage:

Bitte erstellen Sie ein Gedächtnisprotokoll:

- Schildern Sie chronologisch den Ablauf der Behandlung, in deren Verlauf es zum Zwischenfall kam.
- Stellen Sie, sofern möglich, diejenigen Ereignisse dar, die Ihrer Meinung nach zum eingetretenen Schaden geführt haben.
- Bitte geben Sie bei Ihren Schilderungen die Daten sowie die Namen und Anschriften der beteiligten Ärzte und Krankenhäuser an.
- Wichtig: Worin vermuten Sie die Fehlbehandlungen? Was werfen Sie dem Arzt bzw. den Behandlern konkret vor?

5. Frage:

Woraus schließen Sie, dass der verantwortliche Behandler etwas falsch gemacht hat? Wann und wodurch ist dieser Verdacht aufgekommen?

6. Frage:

Was hätte aus Ihrer Sicht getan oder unterbleiben müssen, damit der Schaden nicht eingetreten wäre?

7. Frage:

Wurden Sie (bzw. der Patient um den es hier geht) am Anfang der Behandlung über die Diagnose oder den Befund aufgeklärt?

8. Frage:

Wurden Sie (bzw. der Patient um den es hier geht) überhaupt in irgendeiner Form

- über die bei Ihnen nun eingetreten Risiken und Folgen,
- über die Misserfolgsquoten, sowie
- über Behandlungsabläufe

aufgeklärt?

Wenn ja, wann etwa wurden Sie von wem ärztlich aufgeklärt?

9. Frage:

Wurden Sie (bzw. der Patient um den es hier geht) vor dem Eingriff über mögliche Behandlungsalternativen aufgeklärt (bspw. konservative Therapie), d.h. wurde über Behandlungsalternativen aufgeklärt?

- i. Wenn nein, boten sich hier Alternativen an?
- ii. Wenn ja, welche Alternativen wurden genannt?

10. Frage:

Wie wurden Sie (bzw. der Patient um den es hier geht) damals aufgeklärt (schriftlich und / oder mündlich)?

11. Frage:

Worüber genau wurden Sie (bzw. der Patient) aufgeklärt? An was erinnern Sie sich insoweit?

12. Frage:

Wie zeitlich dringlich war aus ärztlicher Sicht der Eingriff eigentlich? Handelte es sich eher um einen Noteingriff oder hätte der Eingriff theoretisch auch Tage später erfolgen können?

13. Frage:

Hatten Sie (bzw. der Patient um den es hier geht) die Möglichkeit, Fragen zu stellen?

14. Frage:

Hatten Sie (bzw. der Patient um den es hier geht) nach der Aufklärung (ausreichend) Bedenkzeit, um entweder weitere Fragen zu stellen, oder aber, um sich sogar gegen die geplante Behandlung zu entscheiden?

15. Frage:

Wurden von Seiten des Arztes während des Gespräches Notizen gemacht?

16. Frage:

Wurde das Einwilligungsförmular in Ihrer Gegenwart ausgefüllt? Haben Sie es unterschrieben? Wurde Ihnen eine Ausfertigung hiervon ausgehändigt? Wenn nein, wurde Ihnen dies angeboten und warum haben Sie hierauf verzichtet?

17. Frage:

Wichtig! Hätten Sie auch in die Behandlung eingewilligt, wenn Sie über die Risiken und/oder Behandlungsalternativen aufgeklärt worden wären ODER hätten Sie sich diesbzgl. erst nochmals bei einem anderen Arzt genauer erkundigt?

18. Frage:

Wichtig! Gibt es Zeugen, die die oben angesprochenen Punkte und Geschehnisse mitbekommen haben? (Bitte Namen und Anschrift benennen!)

## **B. Fragen zum Haftungsumfang**

### **I. Schmerzensgeld**

Das Ihnen eventuell zustehende Schmerzensgeld hat eine Doppelfunktion.

Es soll einmal einen Ausgleich für Schäden nichtvermögensrechtlicher Art bilden und zum anderen eine Genugtuung für das darstellen, was der Schädiger Ihnen angetan hat.

Um die Höhe Ihres Schmerzensgeldanspruches zutreffend bewerten und begründen zu können, schildern Sie bitte so ausführlich wie möglich alles das, was dafür von Bedeutung ist. Das sind nicht nur Schmerzen, sondern auch diejenigen Beeinträchtigungen, die man unter „entgangener Lebensfreude“ fassen kann.

Bitte beantworten Sie jede Frage so ausführlich wie möglich, gegebenenfalls können Sie die Antworten auch schätzen (Formulierungsbeispiel: „Schätzungsweise... , Vermutlich ....“).

19. Welche unmittelbaren körperlichen Folgen der Schädigung liegen bei Ihnen bzw. beim Patienten vor? Welche körperlichen Beeinträchtigungen und/oder Entstellungen?
20. Von wann bis wann dauerte bei Ihnen bzw. beim Patienten die stationäre und ambulante Nachheilbehandlung, um den eingetretenen Schaden zu beheben oder zu mildern? Nennen Sie bitte genaue Daten sowie Namen und Anschriften von Ärzten und Krankenhäusern.
21. Wie oft wurden Sie bzw. der Patient zur Schadensbeseitigung operiert und nachbehandelt?
22. Welche Art von Schmerzen haben Sie bzw. der Patient innerhalb welcher Zeiträume schädigungsbedingt erleiden müssen?
23. Nennen Sie die Zeiträume der Arbeitsunfähigkeit und, falls gegeben, die Art des Dauerschadens.
24. Welche psychischen Auswirkungen sind auf die Schädigung zurückzuführen (z.B. Trauma, Angststörung, Depression, verminderte Heiratschancen, Wesensänderung etc.)?
25. Welche Beeinträchtigungen ergeben sich im täglichen Leben durch die Folgen der Schädigung (innerhalb welcher Zeiträume oder auf Dauer) in den folgenden Bereichen:
  - a. im beruflichen Bereich
  - b. bei Hausfrauen: im Bereich des Haushaltes
  - c. im Bereich der Freizeit
  - d. im Bereich des Sports
  - e. bezüglich Reisen und Urlaub
  - f. im sonstigen gesellschaftlichen Leben
  - g. im ehelichen und geschlechtlichen Bereich
  - h. im allgemeinen Leben und darüber hinaus
26. Welche Beeinträchtigungen und Folgen befürchten Sie noch in Zukunft (was könnte schlimmsten Falles noch passieren bzw. welche Verschlechterung könnte in Zukunft vielleicht noch eintreten)?

Führen Sie zu jeder Kategorie sorgfältig aus, welche Verrichtungen und Aktivitäten Sie nicht oder nur noch eingeschränkt durchführen können.

## II. Erwerbsschäden

Nach den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen haben Sie Anspruch darauf, dass Ihnen alle wirtschaftlichen Beeinträchtigungen ersetzt werden, die Ihnen entstehen, weil Sie Ihre Arbeitskraft schädigungsbedingt nicht oder nicht mehr voll verwerten konnten und können. Ersetzt wird Ihnen der Verlust von Erwerbseinkommen jeglicher Art und von Vermögensvorteilen, die im Zusammenhang mit der Verwertung der Arbeitskraft stehen, sowie alle wirtschaftlichen Nachteile, die durch den Ausfall der Arbeitskraft verursacht wurden.

Damit wir diesen Ihren Anspruch zutreffend beziffern und auch belegen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen möglichst ausführlich zu beantworten. Falls Belege erforderlich sind, reichen Sie uns diese auch ein, da der Schaden bewiesen werden muss.

Bitte beantworten Sie jede Frage so ausführlich wie möglich, gegebenenfalls können Sie die Antworten auch schätzen.

(Formulierungsbeispiel: „Schätzungsweise... , Vermutlich ....“)



**Achtung:** Nicht jede Frage passt auf jeden Einzelfall, d.h. Fragen, die zu Ihrem Fall nicht passen, können Sie einfach auslassen.

27. Welchen Beruf haben Sie bzw. der Patient vor dem Schadensereignis ausgeübt? Teilen Sie ggf. die genaue Anschrift Ihres Arbeitgebers mit.
28. Teilen Sie uns Ihr damaliges Monatseinkommen (brutto und netto), welches Sie vor dem Schadensereignis erzielten, mit?! (unter Einbeziehung der Sonderzulagen wie Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Tantiemen oder ähnlichem (ebenfalls brutto und netto)).
29. Reichen Sie uns hierzu eine Bescheinigung Ihres Arbeitgebers oder, falls Sie selbständig waren bzw. sind, Ihres Steuerberaters ein, aus welchem sich Brutto- Nettobeträge ergeben. Ersetzt werden Ihnen v.a. die entgangenen oder noch entgehende Nettobeträge.
30. In welchem Umfang sind Sie seither in Ihrer Erwerbstätigkeit gemindert? Arbeiten Sie gar nicht mehr oder nur noch zeitweise? (Reichen Sie uns ggf. eine Bescheinigung ein, aus welcher sich die Minderung der Erwerbsfähigkeit ergibt).
31. Wie lange wären Sie ohne die Schädigung tätig gewesen (Beispiel: Bis zum Rentenalter, 65. Lebensjahr)?
32. Erhalten Sie nun schädigungsbedingt Leistungen von Kranken- oder Sozialversicherern? Erhielten Sie Lohnfortzahlung? Wie lange? Erhalten Sie Arbeitslosengeld? (Bitte Bescheinigungen beifügen).
33. Bei Selbständigen: Reichen Sie uns die Bilanzen oder Kassenabrechnungen jeweils vor und jeweils nach dem Schadensereignis ein. Falls Sie eine Ersatzkraft eingestellt haben, Belege über die Kosten derselben. Im Zweifel muss ein Gutachten eines Wirtschaftsprüfers eingezogen werden, falls der streitige Betrag den Aufwand lohnt.
34. Schätzen Sie selbst. Erstellen Sie unter Berücksichtigung der oben dargelegten Ausführungen Ihren geschätzten Erwerbsschaden wie folgt:
  - a. Zunächst ermitteln Sie Ihr Nettogehalt bzw. bei Selbständigen Ihren Monatsgewinn.
  - b. Vergleichen Sie die Situation vor und nach dem schädigenden Ereignis.
  - c. Ziehen Sie von dem Erwerbsausfall die Leistungen von Kranken- und Sozialversicherern ab. Das gilt auch für eine Lohnfortzahlung.
  - d. Die Differenz ist ihr Schaden

Was die Minderung der Erwerbsfähigkeit angeht, fügen Sie – falls vorhanden – Unterlagen bei, aus denen sich der MdE-Prozentsatz ergibt (z.B. Bescheinigungen des Versorgungsamtes). Dies gilt auch für Atteste, Krankheitsgeschichten oder dergleichen, aus welchen sich Ihr damaliger und jetziger Zustand ablesen lässt.

### III. Haushaltshilfe

Falls Sie ganz oder teilweise in der Führung und/oder Ausübung Ihres Haushaltes schädigungsbedingt gehindert sind, haben Sie Anspruch auf Schadensersatz, gleichgültig, ob Sie eine Haushaltshilfe anstellen oder nicht.

Haben Sie eine Haushaltshilfe angestellt, erhalten Sie den schädigungsbedingt entstandenen Mehrbedarf auf Nachweis brutto ersetzt.

Falls Sie auf keine Hilfskraft zurückgreifen (das ist der Normalfall), sondern Ihre Beeinträchtigung durch überobligatorische Mehrbelastung oder unentgeltliche Mithilfe von Familienangehörigen oder Dritten auffangen, können Sie denjenigen Betrag verlangen, den eine entsprechende Haushaltshilfe an Lohn netto verdienen würde. Dies gilt auch, wenn der den Haushalt führende Ehegatte verstorben ist.

Damit wir Ihren diesbezüglichen Anspruch zutreffend beziffern und auch belegen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen möglichst ausführlich zu beantworten. Falls Belege erforderlich sind, reichen Sie uns diese auch ein, da der Schaden bewiesen werden muss.

Bitte beantworten Sie jede Frage so ausführlich wie möglich, gegebenenfalls können Sie die Antworten auch schätzen.

(Formulierungsbeispiel: „Schätzungsweise... , Vermutlich ....“)

35. Haben Sie bzw. der Patient schädigungsbedingt eine Haushaltshilfe (auch Gärtner, Fensterputzer etc.) einstellen müssen? Wenn ja, reichen Sie uns bitte eine Aufstellung über die Kosten der Haushaltshilfe ein (unbedingt Belege beifügen).
36. Wie sind Ihre Wohnverhältnisse seit dem Schadensereignis bis heute (wie groß ist die Wohnung, das Haus; haben Sie einen Garten, in welcher Größe)? (- schildern Sie die Situation seit dem Schadensereignis bis heute!)
37. Wie viele Personen umfasst Ihr Haushalt? Falls Sie Kinder haben: Wie alt sind diese, welchen Beruf üben diese aus? Wie lange werden Sie voraussichtlich noch in Ihrem Haushalt bleiben? Welchen Beruf übt ggf. ihr Ehepartner aus? (- schildern Sie die Situation seit dem Schadensereignis bis heute!)
38. Waren Sie vor der Schädigung nur im Haushalt tätig oder haben Sie nebenher noch voll oder halbtags gearbeitet? (- schildern Sie die Situation seit dem Schadensereignis bis heute!)
39. Schätzen Sie Ihren Haushalt als einen normalen oder einen besonders zeitintensiven ein? (Beispielsweise mehrere warme Mahlzeiten täglich, besondere Essenszubereitung, besonders großer Haushalt etc.) (- schildern Sie die Situation seit dem Schadensereignis bis heute!)
40. Welche Tätigkeiten (Bsp: Kochen, Küche säubern, Abspülen, Bad reinigen, Keller aufräumen, Betten machen, Staubsaugen, Boden Wischen, Abstauben, Einkaufen gehen, Gartenarbeit, Fensterputzen, Hausgangwischen, Reparaturen, Möbel verrücken etc.) haben Sie vor dem Ereignis in gesunden Tagen im Haushalt verrichtet, wieviele Stunden pro Woche haben diese Tätigkeiten grob geschätzt benötigt (bitte ausführlich und sorgfältig auflisten)? (- schildern Sie die Situation bis zum Schadensereignis)
41. Welche Tätigkeiten (Bsp: Kochen, Küche säubern, Abspülen, Bad reinigen, Keller aufräumen, Betten machen, Staubsaugen, Boden Wischen, Abstauben, Einkaufen gehen, Gartenarbeit, Fensterputzen, Hausgangwischen, Reparaturen, Möbel verrücken etc.) können Sie aufgrund Ihrer Schädigung in Ihrem Haushalt nicht oder nur noch eingeschränkt bzw. unter Schmerzen ausführen (bitte ausführlich und sorgfältig auflisten)? (- schildern Sie die Situation seit dem Schadensereignis bis heute!)
42. Wie weit sind Sie geschätzt prozentual in Ihrer Haushaltsführungsfähigkeit beeinträchtigt? Versuchen Sie, von Ihrem Hausarzt eine Bescheinigung zu bekommen. Ansonsten schätzen Sie, wie stark die Beeinträchtigungen prozentual sind.
43. Für wie viele Stunden pro Tag könnten Sie zum Schadensausgleich eine Haushaltshilfe benötigen?

Falls Sie keine Haushaltshilfe eingestellt haben, werden wir den Ihnen zustehenden Schadensersatzanspruch anhand von einschlägigen Tabellen schätzen oder eventuell zur Einholung eines Gutachtens raten.

#### IV. Sonstiger materieller Schadensersatz

Als Geschädigter haben Sie Anspruch darauf, dass Sie alle schadensbedingt entstandenen Kosten ersetzt bekommen. Damit wir Ihren diesbezüglichen Anspruch zutreffend beziffern und auch belegen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen möglichst ausführlich zu beantworten. Falls Belege erforderlich sind, reichen Sie uns diese auch herein, da der Schaden bewiesen werden muss. Bitte beantworten Sie jede Frage so ausführlich wie möglich, gegebenenfalls können Sie die Antworten auch schätzen. (Formulierungsbeispiel: „Schätzungsweise... , Vermutlich ....“)

44. Waren schädigungsbedingt Heilbehandlungskosten erforderlich, welche die Krankenversicherung nicht oder nur teilweise erstattete?
45. Sind Ihnen Fahrtkosten zur Schadensbeseitigung/-minderung entstanden? Alle Fahrten bitte mit Daten, Ortsangaben, Personen und km-Länge aufgelistet und zusammengerechnet angeben. (Fahrtkosten können mit 0,30 Euro pro Kilometer veranschlagt werden)
46. Sind Besuchskosten naher Angehöriger im Krankenhaus in einem angemessenen Rahmen entstanden? Alle Besuchsfahrten bitte mit Daten, Ortsangaben, Personen und km-Länge aufgelistet und zusammengerechnet angeben. (Fahrtkosten können mit 0,30 Euro pro Kilometer veranschlagt werden)
47. Sind im Krankenhaus Telefonkosten entstanden? In welcher Höhe (Belege)? Sind auch nach dem Krankenhausaufenthalt erhöhte Telefonkosten angefallen (Belege)?
48. Benötigten Sie oder der Geschädigte eine Pflegekraft und/oder wird künftig vielleicht im schlimmsten Fall eine Pflege nötig?
49. Wird eine solche Pflege bereits in der Familie durchgeführt? Wie viele Stunden täglich?
50. Falls eine Pflegekraft eingestellt ist, legen Sie bitte diese Bescheinigungen bei.
51. Ansonsten beschreiben Sie die Pflege pp., die in der häuslichen Gemeinschaft ausgeübt wird, detailliert unter Angabe von Personen und Umfang.
52. Auch für die häusliche Pflege pp. besteht ein Anspruch auf Ersatz. Wir müssen dazu von Ihnen genau wissen, welche Leistungen tagtäglich in welchem Umfang (Minuten, Stunden) erbracht werden, fertigen Sie ggf. ein Pflegeprotokoll an.
53. Sind sonstige Hilfsmittel irgendwelcher Art nötig geworden? Hierzu gehören beispielsweise Mehrverschleiß an Kleidern, zusätzliche Einrichtungen für das Kraftfahrzeug, Kuren, Diäten, Körperpflegemittel Privatunterricht für Schüler, Anschaffung besonderer Hilfsmittel (beispielsweise Rollstuhl, Behindertenaufzug, elektronische Schreibmaschine, behindertengerechte Wohnung), Stärkungsmittel etc. (nach Möglichkeit für jeden einzelnen Punkt Bescheinigungen beibringen oder zumindest Zeugen benennen).
54. Sind sonst irgendwelche Mehrausgaben entstanden, die Sie glauben, auf den Schaden zurückführen zu können?
55. **WICHTIG:** Welche Kosten, Folgen und Nachteile befürchten Sie noch, wenn hypothetisch der schlimmste Fall eintreten sollte, und der Schaden in Zukunft so bleibt und sich nicht verbessert, sich dieser vielleicht sogar noch verschlechtern sollte? (**Bitte ausführlich beschreiben!**)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit.