



Antragsformular auf Gutachten seitens des Fonds für Medizinischen Unfälle (FMU)

Meinen Sie, infolge von Gesundheitspflegeleistungen Schaden erlitten zu haben?
In bestimmten Fällen können Sie sich an den Fonds für medizinische Unfälle (FMU) des LIKIV wenden. Der FMU wird ein Gutachten erstellen und gegebenenfalls einen Schadenersatz auszahlen.

Der Antrag ist kostenlos. Bitte überprüfen Sie vor dem Versand Ihres Antrags, ob Sie alle Bedingungen erfüllen. Sie finden diese Bedingungen auf unserer Internetseite: www.likiv.be, thèmes [Accidents médicaux](#).

Der FMU ist nur zuständig für gesundheitliche Schäden, die ab dem 2. April 2010 verursacht worden sind.

Das beigefügte Formular soll Ihnen helfen, einen Antrag an den FMU zu stellen.

- Füllen Sie bitte das Formular von Hand aus, mit einem dunkelblauen oder schwarzen Kugelschreiber.
- Wir bitten Sie, alle Fragen zu beantworten und das Formular zu unterzeichnen.
- Bitte besorgen Sie uns alle Dokumente, die in der "Checkliste der Unterlagen die zugestellt werden sollen" (Seite 4) erwähnt sind.
Bitte schicken Sie uns eine **Kopie** von Ihren Dokumenten (nicht die Originaldokumente), da wir diese abtasten und nachher vernichten werden.
- Bitte heften Sie das Formular und Ihre Dokumente nicht.
- Schicken Sie das Antragsformular und alle Dokumente **per Einschreiben** an die nachstehende Adresse:

LIKIV
Fonds für Medizinische Unfälle
Avenue de Tervueren 211
1150 Brüssel

Falls Sie über dieses Formular noch Fragen haben, nehmen Sie bitte mit dem Sekretariat des FMU Kontakt auf:

- per E-mail : secr@fam.fgov.be
- per Telefon: +32(0)2 894 21 00

Unsere Geschäftszeiten: von Montag bis Freitag von 9 bis 12 Uhr und von 13 bis 16 Uhr.

Antragsformular auf Gutachten seitens des Fonds für medizinische Unfälle (FMU) bezüglich der Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen

Alle Dokumente die Sie uns besorgen, werden wir vertraulich behandeln. **Falls wir eine Expertise organisieren, wird dieses Formular Teil sein der Unterlagen, die allen Parteien zugestellt werden.**

Dieses Formular enthält 8 Rubriken. Bis auf die erwähnten Ausnahmen, sollen Sie **alle Rubriken ausfüllen.**

Bitte kreuzen Sie die Option an, die Ihrer persönlichen Lage entspricht:

Antragstellung für den Patienten

- Sie sind der Patient, der meint, Schaden erlitten zu haben
⇒ *Nur Rubriken I, II, IV, V, VII und VIII ausfüllen*
- Sie sind der gesetzliche Vertreter¹ oder Rechtsnachfolger² des Patienten, derim Namen des Patienten einen Antrag stellt
- Sie sind vom Patienten bevollmächtigt,³ um in seinem Namen einen Antrag zu stellen
⇒ *In dem Fall müssen Sie diesem Antrag das Formular "Anstellung eines Bevollmächtigten", Rubrik VI, hinzufügen*
- Sie sind Rechtsanwalt.

_____ **UND/ODER** _____

Antragstellung einer anderen Person, die meint, Schaden erlitten zu haben

- Sie sind der Rechtsnachfolger⁴ des verstorbenen Patienten und meinen, selber Schaden erlitten zu haben
- Sie sind Angehöriger⁵ des Patienten und meinen, Schaden erlitten zu haben
- Sonstiges:

¹Der gesetzliche Vertreter vertritt den Patienten. Zum Beispiel die Eltern oder Vormund eines minderjährigen Patienten bzw. der Friedensrichter, falls es sich um einen Kompatienten handelt.

²Der Rechtsnachfolger vertritt einen verstorbenen Patienten. Ein Rechtsnachfolger ist nämlich eine Person, die über sein Rechtsvorgänger (z.B. Elternteil) ein Recht ausüben kann, wie z.B. das Kind eines verstorbenen Patienten.

³Der Bevollmächtigte tritt im Namen des Patienten auf. Es handelt sich um die von Ihm bestimmte Person, die seine Interessen vertritt (Krankenkasse, VoG, Rechtsanwalt usw.). Mittels dem Formular in Rubrik VI können Sie als Patient einen Bevollmächtigten bestimmen. Dieses Formular ist nicht gültig für Rechtsanwälte.

⁴Person, die in eigenem Namen auftritt (Ehegatte/-Gattin, Kind), falls der Patient verstorben ist.

⁵Verwandte treten in eigenem Namen auf. Es betrifft z.B. Personen, die beim Patienten wohnen und der Meinung sind, indirekt Schaden erlitten zu haben, z.B. weil das Einkommen des Patienten ausgefallen ist.

Wie verläuft die Bearbeitung Ihres Dossiers?

1 - Beim Eingang Ihres Dossiers wird zuerst überprüft, ob das Dossier vollständig ist im Sinne von Artikel 12 des Gesetzes vom 31. März 2010.

Gegebenenfalls werden Sie um zusätzliche Dokumente gebeten.

2 - Falls Ihr Antrag deutlich nicht den gesetzlich festgelegten administrativen Zulässigkeitsbedingungen entspricht, werden wir Sie so schnell wie möglich davon benachrichtigen.

3 - Nachdem das Dossier komplett und zulässig erklärt ist, erhalten Sie innerhalb eines Monats eine Empfangsbestätigung.

4 - Es ist möglich, daß Sie im Laufe der Bearbeitungsperiode Ihres Dossiers um zusätzliche Dokumente gebeten werden. Es ist möglich, daß Sie einer medizinischen Kontrolluntersuchung inklusive einer klinischen Untersuchung unterworfen werden. Aktive Teilnahme an diesen Untersuchungen ist verpflichtet (Reisekosten werden nicht erstattet).

5- Der FMU wird aufgrund aller während der Bearbeitungsperiode Ihres Dossiers erhaltenen Auskünfte seine Entscheidung treffen. Diese Entscheidung enthält eine Antwort auf die folgenden Fragen:

- Zulässigkeit des Antrags
- Begründetheit der Klage
- die etwaige Haftung des Pflegeerbringers oder das Auftreten eines medizinischen Unfalles ohne Haftung aber mit Überschreitung der Schwelle der gesundheitlichen Beeinträchtigung.

6 - Entschädigung

- Falls der Pflegeerbringer für den Schaden haftbar erklärt wird, bittet der Fonds dessen Versicherer, einen Vorschlag zur Entschädigung zu unterbreiten.
- In den nachstehenden Fällen wird der Fonds eine Entschädigung zahlen:
 - Im Falle eines medizinischen Unfalles mit Haftung des Pflegeerbringers und falls dieser seine Verantwortlichkeit bestreitet (und vorausgesetzt, die gesetzlich festgelegte Schwelle der gesundheitlichen Beeinträchtigung wurde erreicht).
 - Falls dessen Versicherung eine unzureichende Entschädigung vorschlägt.
 - Falls der Pflegeerbringer für den Schaden nicht ausreichend gedeckt ist.
 - Im Falle eines medizinischen Unfalles ohne Haftung, nur wenn die im Gesetz vom 31. März 2010 festgelegten Erntschwelle erreicht ist.

7 - Im Falle einer Beanstandung des Gutachtens, hat das Opfer oder sein Rechtsnachfolger immer noch die Möglichkeit, beim Gericht Erster Instanz Berufung einzulegen.

Zugriff auf die Patientenakte:

Die Patientenakte stellt ein wesentliches Teil in der Bearbeitung Ihres Dossiers da. Gemäß dem Gesetz vom 22. August 2002 bezüglich der Patientenrechte hat der Patient, bzw. sein gesetzlicher Vertreter sowie bestimmte Verwandte, das Recht, die Akte einzusehen bzw. eine Kopie davon zu bekommen. Im Falle eines verstorbenen Patienten kann gemäß dem Gesetz vom 22. August 2002 nur der gesetzliche Vertreter die Erlaubnis für den Zugriff auf die medizinische Akte erteilen.

Checkliste der Unterlagen die zugestellt werden sollen

Damit wir Ihr Dossier eingehend untersuchen können, bitten wir Sie, uns die folgenden Unterlagen zu besorgen.

Bitte schicken Sie uns eine **Kopie** Ihrer Dokumente (nicht die Originaldokumente), da wir diese abtasten und nachher vernichten werden. Bitte heften Sie die Dokumente nicht.

- "das ausgefüllte Antragsformular auf Gutachten bezüglich der Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen" (**Rubriken I bis V**) samt Unterschrift (**Rubrik VIII**);
- Eine ausführliche Beschreibung des Ereignisses, das den Schaden infolge Gesundheitspflege verursacht hat, sowie eine Beschreibung des erlittenen Schadens (**Rubrik I** des Formulars): Untersuchungen, aus denen hervorgeht, daß die Gesundheitspflege die Ursache des Unfalls ist, die Umstände des medizinischen Unfalls, die Art des Schadens, usw.
- Alle Teile des medizinischen Dossiers, worüber Sie verfügen und aufgrund deren der Zusammenhang zwischen dem Schaden und der medizinischen Behandlung festgestellt werden kann (z.B. *Operationsprotokolle, Krankenhausberichte, Untersuchungsergebnisse, Folgemaßnahmen, medizinische Feststellungen, Krankenhausrechnungen, usw.*);
Diese Unterlagen stellen ein wesentliches Teil des Dossiers da. Sie können diese Unterlagen anfordern bei der Direktion der Pflegeeinrichtung, den Pflegeernbringern oder Ihrem Hausarzt aufgrund des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechten des Patienten.
- Kopie der Sterbeurkunde des verstorbenen Patienten;
- Recto und verso Kopie des Personalausweises des Patienten oder des Antragstellers falls dieser nicht der Patient ist;
- Klebezettel der Krankenkasse;
- Kopien der Korrespondenz mit dem Pflegeernbringer oder/und seinem Versicherer;
- Falls der Patient einen Bevollmächtigten angestellt hat, um ihn zu vertreten, ist **Rubrik VI** ("Anstellung eines Bevollmächtigten") des Formulars auszufüllen. Dies gilt nicht, wenn der Patient von einem Rechtsanwalt vertreten wird.
- Damit der FMU auf Ihre **Patientenakte** zugreifen kann, müssen Sie **Rubrik VII** ausfüllen.

I. DATUM UND BESCHREIBUNG DES EREIGNISSES, das zum Schaden infolge von Gesundheitspflegeleistungen geführt hat. BESCHREIBUNG des SCHADENS, den der Patient glaubt erlitten zu haben

- ⇒ *Gegebenenfalls können Sie immer folgendes hinzufügen:*
- *Extra Seiten, um die Fakten und den Schaden zu beschreiben.*
 - *Jedes Dokument das für eine vollständige Beschreibung der Fakten und des Schadens notwendig ist.*

WICHTIG: Datum des Ereignisses, das zum Schaden infolge von Gesundheitspflegeleistungen geführt hat:

➤ _____/_____/_____

Detaillierte Beschreibung des Unfalls infolge von Gesundheitspflegeleistungen:

(Welche Behandlung? An welchem Ort? Welche Ereignisse haben stattgefunden? Personalien der betroffenen Pflegeanbieter? Eine detailgenaue Schilderung der Umstände, die zum Schaden geführt haben)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. IDaten bezüglich des PATIENTEN

⇒ *Rubrik II: immer auszufüllen*

▪ Kontakt Daten des Patienten

NACHNAME (in Druckschrift):

Vornamen:

Geschlecht: Weiblich Männlich Unbestimmt

Geburtsdatum: / / Geburtsort:

Familienstand:

Ledig Vertrag zur Regelung des Zusammenlebens Verheiratet

Geschieden Verwitwet Sonstig (bitte angeben)

Staatsangehörigkeit:

Nummer des Nationalregisters (wenn verfügbar – Diese Nummer befindet sich auf der Rückseite Ihres Personalausweises. Es besteht aus 11 Ziffern und fängt an mit Ihrem Geburtsdatum [JJJJ/MM/TT]) :

— — — — — - — — — - — —

Straße + Hausnummer

Postleitzahl: Ort:

Land:

Telefon (tagsüber):

E-Mail:@.....

▪ Hausarzt des Patienten

Name des Hausarztes:

Straße + Hausnummer

Postleitzahl: Ort:

Land:

▪ **Versicherungsträger / Krankenkasse des Patienten**
(auch wenn der Patient verstorben ist)

Krankenkasse:

Straße + Hausnummer

Postleitzahl: Ort:

Eintragungsnummer bei der Krankenkasse :

▪ **Etwaige zusätzliche Versicherungspolice des Patienten** (auch wenn der Patient verstorben ist)

Krankenhausaufenthaltsversicherung

Name des Versicherungsunternehmens:

Policennummer:.....

Rechtsschutzversicherung

Name des Versicherungsunternehmens:

Policennummer:.....

Sonstige Versicherungen (Bestattungsversicherung, Einkommensversicherung, Unfallversicherung, usw.)

Name des Versicherungsunternehmens:

Policennummer:.....

▪ **Gesetzlicher Versicherer**
(im Falle einer Pflegeleistung im Rahmen eines Arbeitsunfalls)

Name des Versicherungsunternehmens:

Policennummer:.....

Der Patient ist **verstorben**

Sterbedatum:/...../.....

Sterbeort:

Bitte eine **Kopie der Sterbeurkunde** hinzufügen.

▪ **Personen zu Lasten⁶ des Patienten**

Wieviel Personen haben Sie zu Lasten (z.B.: Kinder, Geschwister, usw.):.....

Personalien der Personen zu Lasten:

Name, Vorname:.....
Geburtsdatum: // Verwandtschaft:

Name, Vorname:.....
Geburtsdatum: // Verwandtschaft:

Name, Vorname:.....
Geburtsdatum: // Verwandtschaft:

Name, Vorname:.....
Geburtsdatum: // Verwandtschaft:

Name, Vorname:.....
Geburtsdatum: // Verwandtschaft:

▪ **Berufliche Lage des Patienten VOR dem Eintritt des Gesundheitsschadens**

Arbeitnehmer: (Tätigkeitsbereich angeben):
Name + Anschrift des Arbeitgebers:
.....
.....

Selbstständiger: (Tätigkeitsbereich angeben)
Firmenname und -Anschrift
.....
Ihre Unternehmensnummer:

arbeitslos

arbeitsunfähig

im Ruhestand

Schüler, Student

sonstige Lage (bitte angeben):

⁶ Person die aufgrund ihrer Beziehung mit einem Berechtigten indirekt Gesundheitsleistungen bezieht (z.B. nicht arbeitende Ehefrau, Kind, ...). "Werden als Person zu Lasten betrachtet: Kinder unter 25 Jahren die vom Berechtigten versorgt werden sowie Personen, die unter demselben Dach wohnen, niedrige Berufseinkünfte und/oder ein Ersatzeinkommen beziehen und entweder Ehegatte, Aszendent oder Zusammenwohnender sind."

▪ **Berufliche Lage des Patienten NACH dem Eintritt des Gesundheitsschadens**
(nicht auszufüllen, falls die Berufliche Lage sich nicht geändert hat)

Arbeitnehmer: (Tätigkeitsbereich angeben):
Name + Anschrift des Arbeitgebers:

.....
.....

Selbstständiger: (Tätigkeitsbereich angeben)
Firmenname und -Anschrift

.....
Ihre Unternehmensnummer:

arbeitslos

arbeitsunfähig

im Ruhestand

Schüler, Student

sonstige Lage (bitte angeben):

III. Auskünfte bezüglich des ANTRAGSSTELLERS falls dieser nicht der Patient ist

- ⇒ Diese Rubrik III ist nur auszufüllen, falls Sie der Antragssteller sind und kein Patient.
- ⇒ Die Rubriken III und VIII sind in genausoviel Exemplare auszufüllen als es Antragssteller gibt.

▪ Kontaktdaten des Antragstellers

NACHNAME (in Druckschrift):

Vornamen:

Geschlecht: Weiblich Männlich Unbestimmt

Geburtsdatum: /..... /..... Geburtsort:

Familienstand:

Ledig Vertrag zur Regelung des Zusammenlebens Verheiratet

Geschieden Verwitwet Sonstig (bitte angeben)

Staatsangehörigkeit:

Beziehung zu dem Patient:

Nummer des Nationalregisters (wenn verfügbar – Diese Nummer befindet sich auf der Rückseite Ihres Personalausweises. Sie besteht aus 11 Ziffern und fängt an mit Ihrem Geburtsdatum [JJJJ/MM/TT]) :

— — — — — - — — — - — —

Straße + Hausnummer

Postleitzahl: Ort:

Land:

Telefon (tagsüber):

E-Mail:@.....

▪ **Personen zu Lasten⁷ des Antragsstellers**

Wieviel Personen haben Sie zu Lasten (z.B.: Kinder, Geschwister, usw.):.....

Personalien der Personen zu Lasten:

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum: / / Verwandtschaft:

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum: / / Verwandtschaft:

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum: / / Verwandtschaft:

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum: / / Verwandtschaft:

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum: / / Verwandtschaft:

▪ **Berufliche Lage des Antragstellers VOR dem Eintritt des Gesundheitsschadens**

Arbeitnehmer: (Tätigkeitsbereich angeben):

Name + Anschrift des Arbeitgebers:

.....

Selbstständige(r): (Tätigkeitsbereich angeben)

Firmenname und -Anschrift

.....

Ihre Unternehmensnummer:

arbeitslos

arbeitsunfähig

im Ruhestand

Schüler, Student

sonstige Lage (bitte angeben):

⁷ Person die aufgrund ihrer Beziehung mit einem Berechtigten indirekt Gesundheitsleistungen bezieht (z.B. nicht arbeitende Ehefrau, Kind, ...). "Werden als Person zu Lasten betrachtet: Kinder unter 25 Jahren die vom Berechtigten versorgt werden sowie Personen, die unter demselben Dach wohnen, niedrige Berufseinkünfte und/oder ein Ersatzeinkommen beziehen und entweder Ehegatte, Aszendent oder Zusammenwohnender sind."

▪ **Berufliche Lage des Antragsstellers NACH dem Eintritt des Gesundheitsschadens**
(nicht auszufüllen, falls sich die Berufliche Lage nicht geändert hat)

- Arbeitnehmer: (Tätigkeitsbereich angeben):
Name + Anschrift des Arbeitgebers:
.....
- Selbstständige(r): (Tätigkeitsbereich angeben)
Firmenname und -Anschrift
.....
Ihre Unternehmensnummer:
- arbeitslos
- arbeitsunfähig
- im Ruhestand
- Schüler, Student
- sonstige Lage (bitte angeben):

IV. Informationen über den betroffenen PFLEGEERBRINGER

Erwähnen Sie bitte Namen und **vollständige** Kontaktdaten (falls bekannt) aller Pflegeerbringer und Pflegeeinrichtungen, die ihrer Meinung nach beim Entstehen des Schadens eine Rolle gespielt haben (Ärzte, Krankenhäuser, Krankenpflegefachkräfte, Heilgymnasten, Arztpraxen, medizinische Labore usw.).

1 – Name des Pflegeerbringers oder der Pflegeeinrichtung:

.....

Straße + Nummer

Postleitzahl: Ort:

Telefon:

Anerkennungsnummer LIKIV (falls bekannt):

Daten der medizinischen Eingriffe:/...../..... ;/...../.....

Name des Versicherers des Pflegeerbringers (falls bekannt):

2 – Name des Pflegeerbringers oder der Pflegeeinrichtung:

.....

Straße + Nummer

Postleitzahl: Ort:

Telefon:

Anerkennungsnummer LIKIV (falls bekannt):

Daten der medizinischen Eingriffe:/...../..... ;/...../.....

Name des Versicherers des Pflegeerbringers (falls bekannt):

3 – Name des Pflegeerbringers oder der Pflegeeinrichtung:

.....

Straße + Nummer

Postleitzahl: Ort:

Telefon:

Anerkennungsnummer LIKIV (falls bekannt):

Daten der medizinischen Eingriffe:/...../..... ;/...../.....

Name des Versicherers des Pflegeerbringers (falls bekannt):

4 – Name des Pflegeerbringers oder der Pflegeeinrichtung:

.....
Straße + Nummer
Postleitzahl: Ort:
Telefon:
Anerkennungsnummer LIKIV (falls bekannt):
Daten der medizinischen Eingriffe:/...../..... ;/...../.....
Name des Versicherers des Pflegeerbringers (falls bekannt):

5 – Name des Pflegeerbringers oder der Pflegeeinrichtung:

.....
Straße + Nummer
Postleitzahl: Ort:
Telefon:
Anerkennungsnummer LIKIV (falls bekannt):
Daten der medizinischen Eingriffe:/...../..... ;/...../.....
Name des Versicherers des Pflegeerbringers (falls bekannt):

6 – Name des Pflegeerbringers oder der Pflegeeinrichtung:

.....
Straße + Nummer
Postleitzahl: Ort:
Telefon:
Anerkennungsnummer LIKIV (falls bekannt):
Daten der medizinischen Eingriffe:/...../..... ;/...../.....
Name des Versicherers des Pflegeerbringers (falls bekannt):

7 – Name des Pflegeerbringers oder der Pflegeeinrichtung:

.....
Straße + Nummer
Postleitzahl: Ort:
Telefon:
Anerkennungsnummer LIKIV (falls bekannt):
Daten der medizinischen Eingriffe:/...../..... ;/...../.....
Name des Versicherers des Pflegeerbringers (falls bekannt):

V. Etwaige Gerichtsverfahren, die infolge des erlittenen Schadens eingeleitet wurden

Falls Sie bezüglich Ihres Schadenfalls bereits beim Gericht eine Klage eingereicht oder einen Antrag auf Schadenersatz gestellt haben, sind Sie gesetzlich **dazu verpflichtet**:

- **den FMU davon in Kenntnis zu setzen**, daß im Rahmen Ihres Schadenfalls bereits ein Gerichtsverfahren läuft.
- **das Gericht davon in Kenntnis zu setzen**, daß Sie ein Verfahren beim FMU einleiten.

Diese Meldungspflicht bezieht sich auch auf etwaige zukünftige Verfahren. Falls Sie im Laufe des Verfahrens beim FMU entscheiden ein Gerichtsverfahren einzustellen, sind Sie dazu verpflichtet, den FMU davon in Kenntnis zu setzen.

⇒ *Bitte füllen Sie den nächsten Teil des Fragebogens aus (auch wenn das Gerichtsverfahren bereits beendet ist).*

- Haben Sie bereits ein Gerichtsverfahren eingeleitet, um Schadenersatz für sich selbst oder für den Patienten zu beantragen?

Ja Nein

Falls ja, wann?/...../.....

Bei welchem Gericht?

- Haben Sie sich bereits mit dem betroffenen Pflegeerbringer oder mit dessen Versicherer in Verbindung gesetzt? Ja Nein

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, worauf bezog sich dieser Kontakt?
Gegebenenfalls Abschrift dieser Korrespondenz usw. hinzufügen.

.....
.....
.....

Haben Sie im Rahmen dieses Antrags bereits Schadenersatz erhalten?

⇒ *Kreuzen Sie die jeweils entsprechende Option an.*

- über den Pflegeerbringer? Ja Nein
- über ein Versicherungsunternehmen (Ihre Police oder die des Pflegeerbringers)? Ja Nein
- über das Gericht? Ja Nein
- über den Gesetzlichen Versicherer (Arbeitsunfall)? Ja Nein
- Sonstwie? (bitte angeben)

VI. Anstellung eines Bevollmächtigten

Sie haben einen Antrag beim FMU eingereicht. Falls auf Ihren Antrag zutreffend, können Sie einen Bevollmächtigten, der Ihre Interessen vertritt, bestimmen.

VOLLMACHT

Ich,..... bevollmächtige hiermit die nachstehende Person, um einen Antrag auf Gutachten beim FMU einzureichen: [Name des Patienten].....

Ich füge diesem Antrag eine **Kopie meines Personalausweises zu**, um die Rechtsgültigkeit meiner Unterschrift zu beweisen.

- **Personalien des Antragstellers** (Person die das Dossier hat eingereicht: der Patient selber, die Familienmitglieder, der Bevollmächtigte oder der Berechtigte)

NAME:.....
Vorname:.....
Anschrift:
Telefon:
Geburtsdatum:/...../.....

Erstellt zu am
Unterschrift des Auftraggebers:

- **Personalien des Bevollmächtigten**

NAME (oder Name der Rechtsperson):.....
Vorname:.....
Anschrift:
Telefon:
Geburtsdatum:/...../.....

Ich nehme die Anstellung als Bevollmächtigter an und werde die Interessen des Patienten nach meinen besten Kräften vertreten.

Erstellt zu am
Unterschrift des Bevollmächtigten oder offizieller Stempel für die Rechtsperson:

Die Bestimmung des Bevollmächtigten kann zu jeder Zeit über ein unterzeichnetes und datiertes Schreiben widerrufen werden. In diesem Fall müssen alle betroffenen Personen von dieser Abänderung in Kenntnis gesetzt werden.

VII. Erlaubniserteilung bezüglich des Zugriffs auf die Patientenakte

ERLAUBNISERTEILUNG VOM PATIENTEN (FÜR PATIENTEN AM LEBEN)

Ich,.....[Name des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters] erteile hiermit den Ärzten beim Fonds für Medizinische Unfälle ausdrücklich die Erlaubnis, folgende Rechte auszuüben:

- sich nach meinem Gesundheitszustand und dessen mutmaßlichen Weiterentwicklung zu erkündigen;
- die Patientenakte (des unten aufgeführten Patienten) einzusehen;
- eine Kopie dieser Patientenakte zu beantragen.

Ich füge eine **Abschrift meines Personalausweises** zu, um die Rechtsgültigkeit dieser Erlaubnis zu beweisen.

▪ Personalien des Patienten

NAME:.....
Vorname:.....
Anschrift:
Telefon:
Geburtsdatum:/...../.....

▪ Personalien des gesetzlichen Vertreters (falls zutreffend)

NAME:.....
Vorname:.....
Anschrift:
Telefon:
Geburtsdatum:/...../.....

Erstellt zu am

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters:

ERLAUBNISFORMULAR FÜR EINEN VERSTORBENEN PATIENTEN

Ich⁸,.....erteile hiermit den Ärzten des Fonds für Medizinische Unfälle die ausdrückliche Genehmigung, um die unten angeführten Rechte auszuüben:

- sich zu informieren;
- die Patientenakte (des unten angeführten Patienten) einzusehen
- eine Kopie dieser Patientenakte zu beantragen.

Ich lege eine **Abschrift meines Personalausweises bei**, um die Rechtsgültigkeit dieser Erlaubnis zu beweisen, sowie eine **Kopie der Sterbeurkunde des verstorbenen Patienten**.

▪ Personalien des verstorbenen Patienten

NAME:.....
Vorname:.....
Letzte Anschrift:
Geburtsdatum :/...../.....

▪ Personalien des gesetzlichen Vertreters

NAME:.....
Vorname:.....
Anschrift:
Telefon:
Geburtsdatum:/...../.....

Erstellt zu am

Unterschrift des Rechtsnachfolgers des betroffenen Patienten:

⁸ Der Ehepartner; der eheliche Lebenspartner und Familienangehörige bis zum dritten Verwandtschaftsgrad (Art. 9 §4, Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechten des Patienten).

VIII. Verschicken des Antragformulars an den Fonds für medizinische Unfälle

⇒ Die Rubrik VIII ist in genausoviel Exemplare auszufüllen als es Antragssteller gibt.

Datum:

Vor- und Nachname des Unterzeichners:

Unterschrift*:



* Antragssteller oder sein gesetzlicher Vertreter falls Ersterer minderjährig oder handlungsunfähig ist.

Zur Vervollständigung Ihres Antrags müssen Sie folgendes beifügen:

- alle in der Checkliste (Seite 4) erwähnten Unterlagen
- eine Recto und verso Kopie Ihres Personalausweises.

Schicken Sie das Antragsformular **per Einschreiben** an die nachstehende Adresse:

LIKIV
Fonds für Medizinische Unfälle
Avenue de Tervueren 211
1150 Brüssel
Belgien

Falls Sie über dieses Formular noch Fragen haben, nehmen Sie bitte Kontakt auf mit dem Sekretariat des FMU:

- per E-mail : secr@fam.fgov.be
- per Telefon: +32(0)2 894 21 00

Weitere Informationen über die Bedingungen für die Einreichung eines Antrags auf Gutachten beim FMU, sowie über die Art und Weise, wie der FMU Ihr Dossier analysiert und über das eventuelle Vergütungsverfahren, finden Sie auf unserer Internetseite: www.likiv.be, thèmes [Accidents médicaux](#)

Artikel 12 des Gesetzes vom 31. März 2010 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen

Art. 12. § 1. Jede Person, die glaubt, Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen erlitten zu haben, oder ihre Rechtsnachfolger können per Einschreibebrief beim Fonds eine Stellungnahme über die eventuelle Haftung eines Pflegeanbieters für den erlittenen Schaden sowie über die Schwere des Schadens beantragen.

§ 2. Im Einschreibebrief wird Folgendes vermerkt:

- 1° die vollständige Identität der Antragsteller und, gegebenenfalls, des Patienten;
- 2° das Datum und die Beschreibung des Ereignisses, durch das der Schaden infolge von Gesundheitspflegeleistungen verursacht worden ist;
- 3° eine Beschreibung der angeführten Schäden;
- 4° gegebenenfalls die Identität und die Adresse des oder der betreffenden Pflegeanbieter;
- 5° die Angabe der eventuellen Zivil- und Strafverfahren, die infolge des betreffenden Schadens angestrengt worden sind;
- 6° alle Angaben, die es ermöglichen, die Ursache und die Schwere des Schadens zu beurteilen;
- 7° die eventuell bereits erhaltenen Entschädigungen oder Entschädigungsanträge, die in Bearbeitung sind, einschließlich der Rückzahlungen, die von einem Versicherungsträger oder Versicherer geleistet werden oder zu leisten sind;
- 8° die Identität des Versicherungsträgers des Antragstellers und der eventuellen Versicherer, die den Schaden vergüten können.

§ 3. Der Antrag ist unzulässig, wenn er mehr als fünf Jahre nach dem Tag nach demjenigen, an dem der Antragsteller Kenntnis des Schadens, für den eine Entschädigung beantragt wird, oder der Verschlimmerung des Schadens und der Identität der Person, die den Schaden verursacht hat, genommen hat, oder mehr als zwanzig Jahre nach dem Tag nach demjenigen, an dem das schadensbegründende Ereignis stattgefunden hat, an dem Fonds gerichtet wird.

§ 4. Die in § 3 erwähnte Verjährungsfrist wird nach allgemeinem Recht ausgesetzt oder unterbrochen.

Die Verjährung wird ebenfalls unterbrochen, wenn der Antragsteller dem Versicherer des Pflegeanbieters oder dem Pflegeanbieter selbst seinen Willen mitteilt, entschädigt zu werden. Diese Unterbrechung endet dann, wenn der Versicherer oder der Pflegeanbieter dem Antragsteller seinen Entschädigungsbeschluss oder seine Weigerung schriftlich notifiziert.

§ 5. Der Antrag ist ebenfalls unzulässig, wenn:

- 1° der Antragsteller für denselben Schaden einen vom Fonds, vom Versicherer des Pflegeanbieters oder vom Pflegeanbieter selbst unterbreiteten Vorschlag zur definitiven Entschädigung bereits angenommen hat;
- 2° der Antragsteller für den Schaden aufgrund einer rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung vom Fonds, vom Versicherer eines Pflegeanbieters oder vom Pflegeanbieter selbst bereits entschädigt worden ist;
- 3° der Antrag auf Vergütung des Schadens sowohl auf der Grundlage der Haftung eines Pflegeanbieters als auch auf der Grundlage eines medizinischen Unfalls ohne Haftung durch eine rechtskräftige gerichtliche Entscheidung für unbegründet erklärt worden ist.

§ 6. Der Antragsteller setzt gegebenenfalls das Rechtsprechungsorgan, das mit dem Antrag auf Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen befasst ist, von der Einreichung eines Antrags beim Fonds in Kenntnis. Er setzt den Fonds auch von jeglichem Antrag auf Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen in Kenntnis, der nach allgemeinem Recht vor einem Rechtsprechungsorgan eingereicht worden ist.