

**Beantragung einer Stellungnahme des Fonds für medizinische Unfälle
anlässlich eines Schadens infolge von Gesundheitspflegeleistungen**

Wenn Sie der Meinung sind, einen Schaden infolge von Gesundheitspflegeleistungen erlitten zu haben, können Sie den Fonds für medizinische Unfälle (FMU) des LIKIV um eine Stellungnahme zur Ursache Ihres Schadens und dessen Schwere ersuchen.

Wenn Sie vom Versicherer des Pflegeerbringers ein Entschädigungsangebot erhalten haben, können Sie ebenfalls um eine Stellungnahme des Fonds ersuchen, der dann an die Stelle des Versicherers tritt und Sie nur dann für Ihren Schaden entschädigt, wenn er das Angebot für offensichtlich unzureichend betrachtet.

Sie finden nachfolgend einen praktischen Leitfaden, in dem dieses Verfahren erläutert wird, sowie das Antragsformular, das Sie für die rechtskräftige Einreichung Ihres Antrags ausfüllen müssen.

Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Website: www.inami.be, unter der Rubrik Accidents médicaux (medizinische Unfälle).

Ebenso erhalten Sie vom Sekretariat des FMU weitere Auskünfte:

- E-Mail: secr-fmo@riziv-inami.fgov.be
- Tel.: +32(0)2 894 21 00

Wir sind erreichbar von Montag bis Freitag, von 9 bis 12 Uhr und von 13 bis 16 Uhr.

PRAKTISCHER LEITFADEN

Bitte nehmen Sie die nachfolgenden Informationen aufmerksam zur Kenntnis.

I. Aufgaben des FMU

Der Fonds für medizinische Unfälle ist dafür zuständig, Opfer oder deren Anspruchsberechtigte für Schäden zu entschädigen, die auf Gesundheitspflegeleistungen zurückzuführen sind.

Die Entschädigung von Opfern oder deren Anspruchsberechtigten für Schäden, die auf Gesundheitspflegeleistungen zurückzuführen sind, unterliegt den nachfolgend erläuterten strikten Bedingungen.

II. Ihr Antrag wird als unzulässig betrachtet, sofern

- die Gesundheitspflegeleistung, die dem Schaden zugrunde liegt, der Gegenstand Ihres Antrags auf Stellungnahme ist,**
 - vor dem 2. April 2010 oder im Ausland erbracht wurde.
 - durch einen medizinischen Versuch im Sinne des Gesetzes vom 7. Mai 2004 über Experimente an der menschlichen Person oder durch eine Leistung verursacht wurde, die aus rein ästhetischen Gründen veranlasst wurde und von der Pflichtversicherung nicht übernommen wird.
- Die Verjährungsfrist** ist abgelaufen; in diesem Fall wird der Antrag mehr als fünf Jahre nach dem Tag, der auf den Tag folgt, an dem der Antragsteller von dem Schaden, von dessen Verschlimmerung oder von der Identität der schadenverursachenden Person Kenntnis erlangt hat, oder mehr als 20 Jahre nach dem Schadensereignis eingereicht, sofern diese Frist nicht rechtmäßig unterbrochen wurde.
- Sie wurden** vom Pflegeerbringer oder von dessen Versicherer **entschädigt** oder haben im Rahmen einer gütlichen Einigung oder eines Gerichtsverfahrens ein Angebot für eine endgültige Entschädigung angenommen.
- Ein Gericht hat endgültig entschieden** (d.h., es können keine Rechtsmittel mehr eingelegt werden), dass der Antrag auf Entschädigung sowohl auf Basis der Haftung des Pflegeerbringers als auch auf Basis eines medizinischen Unfalls ohne Haftung unbegründet war.

III. Wichtige Hinweise

Wer kann einen Antrag einreichen?

- Der Patient, der sich als Opfer eines Schadens infolge von Gesundheitspflegeleistungen betrachtet, oder dessen gesetzlicher Vertreter (Elternteil oder Vormund eines minderjährigen Kindes usw.) oder Mandatsinhaber (Rechtsanwalt, Krankenkasse usw.).
- Ein Angehöriger des Patienten, der sich als Opfer eines durch Nachwirkungen verursachten persönlichen Schadens betrachtet (immaterieller Schaden, Einkommenseinbußen usw.).
- Ist der Patient verstorben, bezieht sich dies auf die Anspruchsberechtigten (Ehepartner, Kinder usw.) oder die Angehörigen, sofern aufgrund des Todes ein persönlicher Schaden entstanden ist.

Mandatsinhaber

Sie können gegebenenfalls einen Mandatsinhaber bestellen, der Ihren Antrag einreicht und Ihre Interessen vertritt und unser bevorzugter Ansprechpartner ist. Das Mandat kann widerrufen werden. Bei Widerruf des Mandats wird empfohlen, alle beteiligten Parteien über diesen Widerruf zu unterrichten.

Zugriff auf die Patientenakte

Um den Antrag zu prüfen, muss dem FMU ab Einreichung des Antrags die Patientenakte vorliegen.

Das Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten ermöglicht dem Patienten selbst, dessen gesetzlichem Vertreter und bestimmten Angehörigen, eine Kopie der Patientenakte einzusehen bzw. zu erhalten.

Ist der Patient verstorben (und nur in diesem Fall) und besitzt der Antragsteller keine medizinischen Unterlagen, kann der FMU bei den betroffenen Pflegeerbringern selbst die erforderlichen Anträge einreichen.

Wenn einer der nachfolgenden Umstände auf Sie zutrifft, haben Sie uns hierüber zu unterrichten.

- Sie haben ein Angebot für eine Entschädigung angenommen.
- Sie haben ein Verfahren für eine gütliche Einigung eingeleitet.
- Sie haben ein Verfahren vor einem Zivilgericht angestrengt.
Bei einem Zivilverfahren haben Sie das Gericht über die Einreichung eines Antrags beim Fonds zu unterrichten; die Prüfung und das Urteil des Zivilverfahrens wird dann so lange ausgesetzt, bis das Verfahren beim Fonds abgeschlossen ist.

IV. Wie ein Antrag rechtskräftig eingereicht wird

= WICHTIGER HINWEIS =

Ihr Antrag wird nur als zulässig betrachtet, wenn alle nachfolgenden Dokumente beigefügt sind.

- Mit dunkler Tinte ausgefülltes und unterzeichnetes Antragsformular für die Stellungnahme.
- Fügen Sie dem Antragsformular für die Stellungnahme alle erforderlichen Dokumente bei, die unter dem Abschnitt „OBLIGATORISCHE Dokumente, die dem Antragsformular beizufügen sind“ aufgeführt sind.
- Senden Sie das Antragsformular für die Stellungnahme und alle dazugehörigen Dokumente **per Einschreiben** an folgende Anschrift:

INAMI
Fonds des accidents médicaux
Avenue Galilée 5 / 01
1210 Bruxelles

V. Welches sind die verschiedenen Schritte bei der Prüfung Ihrer Akte?

1) Prüfung der verwaltungsrechtlichen Zulässigkeit Ihrer Akte

- Wir prüfen bei Eingang Ihrer Akte, ob diese vollständig ist.
- Ist offensichtlich, dass Ihr Antrag nicht die gesetzlichen Voraussetzungen für die verwaltungsrechtliche Zulässigkeit erfüllt, teilen wir Ihnen dies schnellstmöglich mit.
- In dieser Phase werden Sie möglicherweise um zusätzliche Informationen ersucht.
- Sobald die Akte vollständig und als verwaltungsrechtlich zulässig betrachtet wird, *senden wir Ihnen binnen einem Monat eine Empfangsbestätigung.*

2) Bewertung Ihres Antrags

- Einer unserer internen Ärzte nimmt eine medizinische Prüfung der gesamten Akte vor, um zu einer ersten Einschätzung zu gelangen:
 - Etwaige weitere Auskünfte, die von Ihnen verlangt werden können.
 - Gegebenenfalls ist festzulegen, welche Art von Gutachten (intern, unilateral, Gegengutachten) zu veranlassen ist.

3) Stellungnahme des FMU und Auswirkung auf die Entschädigung

- Stellungnahme des FMU
Ausweislich der bei der Prüfung Ihrer Akte gewonnenen Erkenntnisse treffen wir eine Entscheidung zum Grund Ihres Schadens und dessen Schwere;
 - Der Schaden kann dabei auf einen Umstand zurückgehen, der die Haftung des Pflegeerbringers mit sich bringt, und eines der gesetzlichen Kriterien für die Schwere erfüllen; ebenso kann der Schaden durch einen medizinischen Unfall ohne Haftung verursacht worden sein und eines der gesetzlichen Kriterien für die Schwere erfüllen;
 - Der Schaden ist weder auf einen Umstand, der die Haftung eines Pflegeerbringers mit sich bringt, noch auf einen medizinischen Unfall ohne Haftung zurückzuführen, oder ist nicht ausreichend schwer.
- Auswirkungen auf die Entschädigung

- Ist der Schaden unseres Erachtens auf einen Umstand zurückzuführen, der die Haftung eines Pflegeerbringers mit sich bringt, bitten wir dessen Versicherer, ein Entschädigungsangebot vorzulegen.
Im Haftungsfall entschädigen wir nur in folgenden Fällen für den Schaden:
 - Der Pflegeerbringer oder dessen Versicherer fechten die Haftung an, und der Schaden erfüllt eines der Kriterien für die Schwere gemäß Artikel 5 des Gesetzes (in der Anlage).
 - Der Pflegeerbringer genießt keinen bzw. keinen ausreichenden Versicherungsschutz.
 - Der Pflegeerbringer oder dessen Versicherer legen ein Entschädigungsangebot vor, das wir für offensichtlich unzureichend halten.
- Sofern wir der Auffassung sind, dass der Schaden auf einen medizinischen Unfall ohne Haftung zurückzuführen ist und dieser Unfall im Sinne von Artikel 2,7° des Gesetzes vom 31.03.2010 als anormal zu betrachten ist und eines der im Gesetz (in der Anlage) vorgesehenen Kriterien für die Schwere erfüllt.
- Sofern wir der Auffassung sind, dass sich der Schaden keinem der beiden Szenarien zuordnen lässt, erhalten Sie von uns **keine** Entschädigung.

Rechtsmittel

Bei Anfechtung unserer Entscheidung haben das Opfer oder dessen Anspruchsberechtigte stets das Recht, das Gericht erster Instanz anzurufen.

VII. OBLIGATORISCHE Dokumente, die dem Antragsformular beizufügen sind

- 1- Der FMU behält sich das Recht vor, Ihre Akte zurückzuweisen, sofern diese unvollständig ist.
 - 2- **Die Unterlagen der Patientenakte, die Sie uns übermitteln, stellen den zentralen Bestandteil Ihres Antrags dar.** Folglich ist es wesentlich, alle Dokumente beizufügen, die Ihren Antrag auf Stellungnahme bestmöglich ergänzen und einem unserer internen Ärzte ermöglichen, eine Entscheidung in ausreichender Kenntnis der Sachlage zu treffen.
 - 3- Bitte fügen Sie nicht zusammengeheftete Kopien von Dokumenten bei, da die Dokumente nach dem Einscannen vernichtet werden.
- Alle Unterlagen der Patientenakte, anhand deren ein Kausalzusammenhang zwischen dem Schaden und der Pflegeleistung hergestellt werden kann** (Beispiel: Bericht über Arztbesuch, Operationsprotokoll, Krankenhausprotokoll usw.). Die Dokumente müssen uns ein ausreichendes Verständnis darüber verschaffen, warum diese Pflegeleistung erbracht wurde. Bitte legen Sie uns die medizinischen Unterlagen in Zusammenhang mit dem angefochtenen Eingriff vor und gehen Sie dabei nach Möglichkeit bis zu einem Jahr vor diesem Eingriff zurück. Bitte beachten Sie, dass es sich dabei um ein zentrales Element der Akte handelt. Sie erhalten diese Dokumente bei der Leitung der jeweiligen Pflegeeinrichtung oder den jeweiligen Pflegeernbringern oder von Ihrem Hausarzt gemäß dem Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten.

Anträge, die einen verstorbenen Patienten betreffen: Auch wenn der FMU die medizinischen Unterlagen anfordert, ist es wünschenswert, dass Sie uns zunächst eine Kopie der bereits in Ihrem Besitz befindlichen Unterlagen zusenden.

Anträge, die einen noch lebenden Patienten betreffen: Der FMU kann medizinische Unterlagen anfordern, jedoch nur aufgrund einer ordnungsgemäß begründeten Unmöglichkeit (Ablehnungsschreiben des Krankenhauses, Nachweis über den Versand eines Schreibens, das unbeantwortet blieb usw.).

- Vignette der Krankenkasse des Patienten (empfohlen, aber nicht obligatorisch, sofern der Patient verstorben ist).
- Beidseitige Kopie des Personalausweises des Patienten (empfohlen, aber nicht obligatorisch, sofern der Patient verstorben ist) sowie eines etwaigen weiteren Antragstellers, wenn dieser nicht der Patient ist.
- Bei Arbeitsunfähigkeit in Zusammenhang mit Ihrem Antrag müssen die bei Ihrer Krankenkasse anzufordernden Nachweise die Zeiträume der Arbeitsunfähigkeit sowie den medizinischen Grund für diese Arbeitsunfähigkeit enthalten.
- Bei Anerkennung einer Behinderung sind alle Dokumente zur Bewertung Ihrer Behinderung/Invalidität und zu Kostenübernahmen beizufügen (FÖD Gesundheit, AVIQ, Gutachten usw.).

- Ist der Patient verstorben, ist eine Kopie der Sterbeurkunde beizufügen.
- Wurde mit dem/den betroffenen Pflegeerbringer(n) und/oder ihrem Versicherer Kontakt aufgenommen, ist eine Kopie des bisherigen Schriftverkehrs beizufügen.



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

I. Daten bezüglich des PATIENTEN

Rubrik I: immer auszufüllen.

▪ **Kontaktdaten des Patienten**

NACHNAME (in Druckschrift) :

Vornamen :

Geschlecht : Weiblich Männlich Onbestimmt

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

Familienstand: Ledig Vertrag zur Regelung des Zusammenlebens Verheiratet

Geschieden Verwitwet Sonstig (bitte angeben) :

Staatsangehörigkeit :

Nummer des Nationalregisters (wenn verfügbar) :

_____ - _____ - _____

Straße + Hausnummer:

Postleitzahl : Ort :

Land :

Telefon (tagsüber) :

E-mail : **absolut unerlässlich** für die Bearbeitung Ihrer Akte¹:

.....@.....

¹ Persönliche E-Mailadresse: ausdrücklich empfohlen, um die Bearbeitung Ihrer Akte und der mit dem FMU ausgetauschten Schreiben zu erleichtern. Diese E-Mailadresse wird Ihnen insbesondere Zugang zu den medizinischen Unterlagen gewähren, die bei der Prüfung Ihrer Akte gesammelt werden, wenn ein Sachverständigengutachten veranlasst wird.

▪ **Hausarzt des Patienten**

Name des Hausarztes:

LIKIV-nummer :

Straße + Hausnummer :

Postleitzahl : Ort :

Land :

▪ **Versicherungsträger / Krankenkasse des Patienten**

(auch wenn der Patient verstorben ist)

Fügen Sie wenn möglich eine Vignette der Krankenkasse bei.

Krankenkasse :

Straße + Hausnummer :

Postleitzahl : Ort :

Eintragsnummer bei der Krankenkasse :

▪ **Etwaige zusätzliche Versicherungspolizen 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.

Bitte eine **Kopie der Sterbeurkunde** hinzufügen.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Berufliche Lage des Patienten VOR dem Eintritt des Gesundheitsschadens</u> <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer (Tätigkeitsbereich angeben) :..... Name + Anschrift des Arbeitgebers: <input type="checkbox"/> Selbstständiger (Tätigkeitsbereich angeben) : Firmenname und -Anschrift : Ihre Unternehmensnummer : <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig (<u>Berechnungsnachweise sind beizufügen</u>) Datum vom .../.../... bis .../.../... <input type="checkbox"/> In Invalidität² (<u>Berechnungsnachweise sind beizufügen</u>) <input type="checkbox"/> Im Ruhestand <input type="checkbox"/> Schüler, Student <input type="checkbox"/> Sonstige Lage (bitte angeben) :..... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Berufliche Lage des Patienten NACH dem Eintritt des Gesundheitsschadens³</u> <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer (Tätigkeitsbereich angeben) :..... Name + Anschrift des Arbeitgebers: <input type="checkbox"/> Selbstständiger (Tätigkeitsbereich angeben) : Firmenname und -Anschrift : Ihre Unternehmensnummer : <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig (<u>Berechnungsnachweise sind beizufügen</u>) Datum vom .../.../... bis .../.../... <input type="checkbox"/> In Invalidität (<u>Berechnungsnachweise sind beizufügen</u>) <input type="checkbox"/> Im Ruhestand <input type="checkbox"/> Schüler, Student <input type="checkbox"/> Sonstige Lage (Bitte angeben) :.....
---	--

² Bitte geben Sie die Zeiträume und Prozentsätze der Invalidität an.

³ Nicht auszufüllen, falls die Berufliche Lage sich nicht geändert hat.

II. Auskünfte bezüglich des antragstellers falls dieser nichts der Patient ist

Diese Rubrik ist nur auszufüllen, falls Sie der Antragssteller sind und kein Patient.

Die Rubriken II und X 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 :

Nummer des Nationalregisters (wenn verfügbar) :

_____ - _____ - _____

Beziehung zu dem Patient:

Straße + Hausnummer :

Postleizahle : Ort :

Land :

Telefon (tagsüber) :

E-mail : **absolut unerlässlich** für die Bearbeitung Ihrer Akte:

.....@.....

III. Informationen über den betroffenen pflegerbringer

Erwähnen Sie bitte Namen und **vollständige** Kontaktdaten (falls bekannt) aller Pflegeeintringer 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 Pflegeeintringers oder der Pflegeeinrichtung :

.....
Straße + nummer:
Postleitzahle : Ort :
Telefon :.....
Anerkennungsnummer LIKIV (falls bekannt) :
Daten der medizinischen Eingriffe : / / ; / /
Name des versicherers des Pflegeeintringers (falls bekannt) :

2 – Name des Pflegeeintringers oder der Pflegeeinrichtung :

.....
Straße + nummer:
Postleitzahle : Ort :
Telefon :.....
Anerkennungsnummer LIKIV (falls bekannt) :
Daten der medizinischen Eingriffe : / / ; / /
Name des versicherers des Pflegeeintringers (falls bekannt) :

3 – Name des Pflegeeintringers oder der Pflegeeinrichtung :

.....
Straße + nummer:
Postleitzahle : Ort :
Telefon :.....
Anerkennungsnummer LIKIV (falls bekannt) :
Daten der medizinischen Eingriffe : / / ; / /
Name des versicherers des Pflegeeintringers (falls bekannt) :

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

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

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 Abschnitte dieser Korrespondenz usw. hinzufügen.

.....
.....

Mit dem Vermittler des Krankenhauses und/oder einem externen Vermittler?

Ja Nein

Wenn ja, was war das Ergebnis der Vermittlung?

.....
.....

..... Welche Schritte wurden nach der Vermittlung unternommen?

.....

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?

Kontaktinformationen Ihres Rechtsanwalts:.....

- 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
- AWIP – VAPH?
 Ja Nein
- Pflegeversicherungskasse?
 Ja Nein
- FÖD soziale Sicherheit?
 Ja Nein
- Sonstwie? (bitte angeben)

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. ⁴.

⁴ Mit der Unterzeichnung dieses Antragsformulars verpflichten Sie sich dazu, den FMU von etwaigen Änderungen in Kenntnis zu setzen.

VII. Anstellung eines Bevollmächtigten für den Patienten

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

Sie brauchen diese Rubrik nicht auszufüllen, wenn ein Rechtsanwalt Sie vertritt.

VOLLMACHT

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

▪ **Personalien des Bevollmächtigten**

NAME :

Vorname :

Anschrift :

Telefon :

E-Mailadresse: **absolut unerlässlich** für die Bearbeitung Ihrer Akte:

.....@.....

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:

Ich (=Vollmachtgeber) füge eine **Kopie meines Personalausweises bei**, um die Rechtsgültigkeit meiner Unterschrift zu beweisen.

VIII. Anstellung eines Bevollmächtigten für den Antragsteller

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

Sie brauchen diese Rubrik nicht auszufüllen, wenn ein Rechtsanwalt Sie vertritt.

VOLLMACHT

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

▪ **Personalien des Bevollmächtigten**

NAME :

Vorname :

Anschrift :

Telefon :

E-Mailadresse: **absolut unerlässlich** für die Bearbeitung Ihrer Akte:

.....@.....

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:

Ich (=Vollmachtgeber) füge eine **Kopie meines Personalausweises bei**, um die Rechtsgültigkeit meiner Unterschrift zu beweisen.

IX. Erlaubniserteilung bezüglich des Zugriffs auf die Patientenakte

ERLAUBNISERTEILUNG VOM PATIENT (FÜR PATIENTEN AM LEBEN)

Der Patient oder dessen gesetzliche Vertreter/in muss diese Rubrik ausfüllen.

Ich, (Name und Vorname), erteile hiermit den Ärzten beim Fonds für Medizinische Unfälle ausdrücklich die Erlaubnis, folgende Rechte auszuüben:

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

um eine Stellungnahme gemäß Artikel 8 des Gesetzes vom 31. März 2010 abzugeben.

Ich erkläre, dass ich die Informationen und meine Rechte bezüglich dieser personenbezogenen Daten zur Kenntnis genommen habe.

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:

**ERLAUBNISERTEILUNG BEZÜGLICH DES ZUGRIFFS AUF DIE
PATIENTENAKTE**

*Der Ehepartner; der eheliche Lebenspartner und Familienangehörige bis zum
dritten Verwandtschaftsgrad*

Ich, (Name und Vorname)

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.

um eine Stellungnahme gemäß Artikel 8 des Gesetzes vom 31. März 2010 abzugeben.

Ich erkläre, dass ich die Informationen und meine Rechte bezüglich dieser personenbezogenen Daten zur Kenntnis genommen habe.

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:

X. Verschicken des Antragformulars

Unterschrift des Patienten.



Datum :

Vor-und Nachname des Unterzeichners :

Unterschrift des Antragstellers, der nicht der Patient ist

Diese Rubrik ist in genausoviel Exemplare auszufüllen als es Antragssteller gibt.



Datum :

Vor-und Nachname des Unterzeichner :

Wichtige Informationen:

Wir erinnern daran, dass der Fonds im Rahmen der Bearbeitung des Antrags und gemäß Artikel 15, Absatz 2, des Gesetzes vom 31. März 2010 bezüglich der Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen, von allen Pflegeanbietern, die beteiligt sein könnten, oder von den Pflegeanbietern, die den Patienten behandelt haben, oder von jeder anderen Person jegliche Unterlagen und Auskünfte anfordern darf, die notwendig sind, um die Ursachen, Umstände und Folgen des Schadens infolge von Gesundheitspflegeleistungen, auf den sich der Antrag bezieht, beurteilen zu können.

Gemäß Artikel 22 des obengenannten Gesetzes, sind alle Unterlagen, auf denen die Stellungnahme des Fonds basiert, nicht nur dem Antragsteller und gegebenenfalls dessen Versicherungsträger, sondern auch allen betroffenen Pflegeanbietern und gegebenenfalls deren Versicherern zu übermitteln.

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.

Art. 2. 7° Gesetz über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen

Für die Durchführung dieses Gesetzes und dessen Ausführungserlasse gelten folgende Begriffsbestimmungen:

7° "medizinischer Unfall ohne Haftung": einen Unfall in Zusammenhang mit einer Gesundheitspflegeleistung, der nicht die Haftung eines Pflegeanbieters begründet, nicht auf den Zustand des Patienten zurückzuführen ist und für den Patienten einen anormalen Schaden zur Folge hat. Der Schaden ist anormal, wenn er unter Berücksichtigung des heutigen Standes der Wissenschaft, des Zustands des Patienten und seiner objektiv vorhersehbaren Entwicklung nicht hätte eintreten müssen. Therapeutische Misserfolge und nichtschuldhaftes Fehldiagnosen sind keine medizinischen Unfälle ohne Haftung...

Art. 5 Gesetz über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen

Der Schaden ist ausreichend schwer, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

1. der Patient weist eine bleibende Invalidität von 25 Prozent oder mehr auf,
2. der Patient weist eine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit von mindestens sechs aufeinanderfolgenden Monaten oder sechs nichtaufeinanderfolgenden Monaten innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten auf,
3. durch den Schaden werden die Lebensumstände des Patienten, auch wirtschaftlich gesehen, besonders schwer beeinträchtigt.
4. der Patient ist gestorben.

Datenschutzerklärung

Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

- Die personenbezogenen Daten des Antragstellers werden vom Fonds für medizinische Unfälle, einem Sonderdienst des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung gemäß Artikel 137^{ter} des Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung mit Sitz in der Avenue Galilée 5/01, 1210 Brüssel, in Übereinstimmung mit der Datenschutz-Grundverordnung 2016/679 (im Folgenden „DSGVO“) verarbeitet.
- Wenn Sie Fragen zu Ihren personenbezogenen Daten haben, können Sie sich jederzeit per Post oder E-Mail unter folgenden Adressen an den Datenschutzbeauftragten des LIKIV wenden: Avenue Galilée 5/01, 1210 Brüssel, DPO@riziv-inami.fgov.be.
- Die wichtigste Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dieser Daten ist das Gesetz vom 31. März 2010 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen. Wir verarbeiten und nutzen Ihre personenbezogenen Daten nur, soweit dies notwendig ist, damit der Fonds für medizinische Unfälle seine Aufträge gemäß Artikel 8 des Gesetzes vom 31. März 2010 (Entschädigung und Berichterstattung) erfüllen kann.
- Der Zugriff auf Ihre personenbezogenen Daten ist streng auf unser Verwaltungspersonal und gegebenenfalls auf unsere Unterauftragnehmer sowie auf Personen beschränkt, die von der Stellungnahme betroffen sind, die der Fonds gemäß Artikel 8 des Gesetzes abgeben muss. Unser Verwaltungspersonal und die betreffenden Unterauftragnehmer sind zur Geheimhaltung verpflichtet und dürfen Ihre Daten nur im Einklang mit unseren vertraglichen Bestimmungen und den geltenden Rechtsvorschriften nutzen. Abgesehen von den oben genannten Fällen verpflichten wir uns, ohne Ihre vorherige Zustimmung Dritten den Zugriff auf Ihre Daten zu verwehren, es sei denn, wir sind aus einem legitimen Grund (gesetzliche Verpflichtung, Bekämpfung von Betrug oder Missbrauch, Ausübung der Verteidigungsrechte usw.) dazu gezwungen.
- Die folgenden Kategorien personenbezogener Daten werden vom Fonds für medizinische Unfälle verarbeitet: Identifizierungsdaten, persönliche Merkmale, physische Daten, Daten zum Lebensstil, Gesundheitsdaten und gerichtliche Daten, die zur Bearbeitung der Anfrage erforderlich sind.
- Der Fonds für medizinische Unfälle erhebt Ihre personenbezogenen Daten, wenn Sie einen Antrag auf Stellungnahme beim Fonds für medizinische Unfälle stellen oder wenn ein Dritter, der hierzu berechtigt ist, uns Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen einer Informationsanfrage übermittelt.
- Personenbezogene Daten werden nicht an ein Drittland oder eine internationale Organisation übermittelt.
- Zur Bearbeitung des beim Fonds für medizinische Unfälle eingereichten Antrags auf Stellungnahme kann der Fonds Informationen von Ihren Gesundheitsdienstleistern, Ihren Versicherern und Krankenkassen, von den verschiedenen öffentlichen Diensten und von

allen anderen Stellen anfordern, die die für die Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Informationen liefern können.

- Die personenbezogenen Daten werden über die gesamte Dauer der Bearbeitung des Antrags auf Stellungnahme und gegebenenfalls bis zum Abschluss des Gerichtsverfahrens im Anschluss an die Abgabe der Stellungnahme durch den Fonds für medizinische Unfälle oder bis zum Ende der Frist für die Einlegung eines Rechtsbehelfs gegen die Entscheidung des Fonds für medizinische Unfälle sowie über einen Zeitraum von 30 Jahren nach Ablauf dieser Frist aufbewahrt, es sei denn:
 - Sie üben Ihr Recht auf Löschung Ihrer Daten unter den nachstehenden Bedingungen aus;
 - eine längere Aufbewahrungsfrist ist aufgrund von Gesetzes- oder Amtsvorschriften zulässig oder erforderlich.Während dieses Zeitraums werden wir alle geeigneten Maßnahmen ergreifen, um die Vertraulichkeit und Sicherheit Ihrer personenbezogenen Daten zu gewährleisten und die Beschädigung oder Löschung der Daten sowie den Zugriff durch unbefugte Dritte zu verhindern.
- Es kommt nicht zu automatisierten Entscheidungsfindungen.
- Auf schriftlichen, datierten und unterzeichneten Antrag und mit dem Nachweis Ihrer Identität können Sie beim Fonds für medizinische Unfälle Ihr Recht auf Auskunft über Ihre Daten, auf Berichtigung der Daten, auf Einschränkung ihrer Verarbeitung und auf Löschung von falschen, unvollständigen oder irrelevanten Daten ausüben. Darüber hinaus können Sie Ihr Recht auf die Übertragbarkeit der Daten ausüben.
- Gemäß Artikel 77 der DSGVO können Sie sich zur Ausübung Ihrer Rechte auch an folgende Stelle wenden oder Beschwerde bei ihr einreichen:
 - ✓ Datenschutzbehörde Rue de la Presse 35, 1000 Brüssel (contact@apd-gba.be)
 - ✓ oder die Aufsichtsbehörde in dem Land, in dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort haben.