

Ärztekammer Nordrhein
„Register Ärztliche Gutachter“
Frau Adelina Amato / Frau Laura Wilhelm
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf

Selbstverpflichtung zum „Register Ärztliche Gutachter“ der Ärztekammer Nordrhein

- ◆ Ich erkläre meine Bereitschaft, in das „Register Ärztliche Gutachter“ der Ärztekammer Nordrhein aufgenommen zu werden.
- ◆ Ich akzeptiere das auf der Webseite der Ärztekammer veröffentlichte Aufnahme- und Ausschlussverfahren des „Register Ärztliche Gutachter“.
(s.a. <https://www.aekno.de/patienten/aerztliche-gutachter/information-ueber-das-register-aerztliche-gutachter#c1055>)
- ◆ Ich melde der Ärztekammer Nordrhein alle Änderungen, die für die Aktualität des „Register Ärztliche Gutachter“ relevant sind.
- ◆ Ich melde der Ärztekammer Nordrhein, wenn meine klinisch-praktische Tätigkeit seit mehr als 5 Jahren beendet ist.
- ◆ Ich melde der Ärztekammer Nordrhein alle relevanten berufs- und strafrechtlichen Vorgänge mit Bezug auf die Gutachtertätigkeit.
- ◆ Ich lege der Ärztekammer Nordrhein mögliche Interessenkonflikte insbes. wirtschaftlicher Art offen, die Zweifel an der gebotenen Unvoreingenommenheit im Rahmen gutachterlicher Tätigkeit aufkommen lassen.
- ◆ Ich bilde mich regelmäßig in dem hierzu erforderlichen Themenbereich fort und weise dies auf Verlangen gegenüber der Ärztekammer Nordrhein nach.
- ◆ Ich bin mit der Verarbeitung der von mir gelieferten Daten einverstanden. Die aktuellen Informationen zum Datenschutz, insbesondere zum Umgang der Ärztekammer mit meinen personenbezogenen Daten, habe ich zur Kenntnis genommen.

Ihre Adressangaben für das „Register Ärztliche Gutachter“ auf der Website der Ärztekammer Nordrhein:

Titel, Vorname, Name

Adresse Krankenhaus/ Praxis/ Privat

Telefon Krankenhaus/ Praxis/ Privat

E-Mail-Adresse Krankenhaus/ Praxis/ Privat

Ort, Datum

Unterschrift

evtl. Stempel



Selbstauskunft

zum „Register Begutachtung“ der Ärztekammer Nordrhein

Tätigkeitsschwerpunkte: _____

Übergeordnete Gutachtenbereiche:

Behandlungsfehler Leistungsminderung Pflegebedürftigkeit Abrechnungsfragen

Tätigkeit:

Akutkrankenhaus Praxis / MVZ Reha- Einrichtung
 Gesundheitsamt Versicherung
 Sonstige _____

Begutachtungserfahrung in den Bereichen (Fälle pro Jahr):

<input type="checkbox"/> Zivilrecht	<input type="checkbox"/> <10	<input type="checkbox"/> 10 - <50	<input type="checkbox"/> 50 - 100	<input type="checkbox"/> >=100
<input type="checkbox"/> Sozialrecht	<input type="checkbox"/> <10	<input type="checkbox"/> 10 - <50	<input type="checkbox"/> 50 - 100	<input type="checkbox"/> >=100
<input type="checkbox"/> Strafrecht	<input type="checkbox"/> <10	<input type="checkbox"/> 10 - <50	<input type="checkbox"/> 50 - 100	<input type="checkbox"/> >=100

Erfahrung in mündlichen Gerichtsverhandlungen: Ja ca. ____ mal Nein

Auftraggeber:

Gerichte/Staatsanwaltschaften ca. ____ % Versicherungen/Sozialleistungsträger ca. ____ %
 Privatpersonen ca. ____ %

Gutachtenvolumen pro Monat: ca. ____ Stück

Ausschließliche Gutachtertätigkeit: Ja Nein

Anteil an der ärztlichen Tätigkeit: ca. ____ %

Erfahrung mit interdisziplinären Gutachten: Ja Nein

Kooperationen mit den Fachgebiet(en): _____

Gutachterliche Qualifikationen der Ärztekammern:

Medizinische Begutachtung nach Curriculum der BÄK Modul I:
Allgemeine Grundlagen, Zustandsbegutachtung, kausalitätsbezogene
Begutachtung (40 Std.) Ja Nein

Medizinische Begutachtung nach Curriculum der Bundesärztekammer Modul II:
Fachübergreifende Aspekte der Begutachtung (8 Std.) Ja Nein

Medizinische Begutachtung nach Curriculum der Bundesärztekammer Modul III:
Fachspezifische Aspekte in der Neurologie, Orthopädie/Unfallchirurgie,
HNO-Heilkunde, Psychiatrie/Psychotherapie (16 Std.) Ja Nein

Kammerzertifikat der ÄkNo „Grundlagen der med. Begutachtung“ (40 Std.) Ja Nein

Kammerzertifikat der ÄkNo „Medizinische Begutachtung“ (64 Std.) Ja Nein

Titel, Vorname, Name

Ort, Datum

Unterschrift

