



Zahnärztekammer Hamburg
- Schlichtungsausschuss -
Weidestraße 122b
22083 Hamburg

Antrag auf Durchführung eines Schlichtungsverfahrens

Zur Bearbeitung Ihres Antrages beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen:

1. Patient/-in / Antragsteller/-in

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

2. Antragsteller (sofern nicht Patient)

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Für den Patienten handle/handeln ich/wir als

dessen Sorgeberechtigte (z. B. Eltern)

dessen Betreuer (Kopie des Betreuerausweises liegt bei)

dessen Bevollmächtigter (Kopie der Bevollmächtigung liegt bei)

3. Gegen wen richten Sie den Vorwurf eines zahnärztlichen Behandlungsfehlers?

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

4. Wann hat die beanstandete zahnärztliche Behandlung stattgefunden?

(Bitte geben Sie den genauen Behandlungszeitraum an.)

5. Welche Rechnungen wurden für die beanstandete zahnärztliche Behandlung an Sie gestellt? (bitte Kopien beifügen)

Rechnung-Nr.:	vom:	Betrag:	Erstattung:

6. Bitte schildern Sie den Sachverhalt. Was hat nach Ihrer Meinung der Zahnarzt oder die Zahnärztin nicht richtig gemacht. (Verwenden Sie ggf. ein Beiblatt)

7. Haben Sie Beschwerden bzw. welchen Schaden führen Sie auf die beanstandete zahnärztliche Behandlung zurück?

8. Welche Forderungen erheben Sie im Rahmen des Schlichtungsverfahrens gegen den Zahnarzt?

9. Haben Sie wegen des beanstandeten Vorfalls bereits ein Verfahren vor den Zivilgerichten eingeleitet bzw. Strafanzeige erstattet?

Ja (Gericht und Aktenzeichen bitte angeben)

Nein

10. Von welchen Zahnärzten wurden Sie nach der vermuteten zahnärztlichen Fehlbehandlung untersucht bzw. behandelt?

(Name, Anschrift des Zahnarztes und Behandlungsdatum bitte angeben)

11. Befinden sich in Ihrem Besitz Behandlungsunterlagen? (ggf. Kopien beifügen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Röntgenaufnahmen | <input type="checkbox"/> Modelle |
| <input type="checkbox"/> Fotokopien der Karteikarte | <input type="checkbox"/> Fotos |
| <input type="checkbox"/> Arztbriefe | <input type="checkbox"/> zahnärztliche Stellungnahmen / Gutachten |

Mit Ihrer Unterschrift beauftragen Sie das Schlichtungsverfahren. Sie stimmen zu, dass wir Ihre personenbezogenen Daten erfassen, verarbeiten, speichern und an den am Verfahren beteiligten Personenkreis (Antragsgegner und Verfahrensbeteiligte) weiterleiten dürfen.

Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten). Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen beauftragten Umfang. Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind und/oder die gesetzliche Aufbewahrungspflicht erfüllt ist.

Die Schlichtungsordnung ist mir/uns bekannt. Die Verfahrensgebühr beträgt 100,-- Euro, die ich/wir auf Anforderung überweisen werde/-n. Mir ist bekannt, dass der/die Antragsgegner/-in der Durchführung des Schlichtungsverfahrens widersprechen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/-en