



Zahnärztekammer Hamburg
- Schlichtungsausschuss -
Möllner Landstr. 31
22111 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 Vorfalles 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 |

Hiermit beantrage ich/wir die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens. 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