

# Antrag auf die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens



an die Landes Zahnärztekammer Thüringen, Barbarosahof 16, 99092 Erfurt

**Hinweis: Das Schlichtungsverfahren ist für den Patienten und den Zahnarzt freiwillig. Liegt die Zustimmung beider Parteien vor, ist vom Antragsteller eine Gebühr in Höhe von € 400,00 zu entrichten. Ein Gebührenbescheid wird von der Landes Zahnärztekammer Thüringen erlassen.**

## 1. Antragsteller

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:
Postleitzahl, Ort:
Telefon:/ E-Mail:
Krankenversicherung: (bitte ankreuzen) <ul style="list-style-type: none"><li>• Gesetzlich:</li><li>• Privat:</li></ul>

## 2. Person (sofern nicht Antragsteller)

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:
Postleitzahl, Ort:
Telefon:/ E-Mail:
Krankenversicherung: (bitte ankreuzen) <ul style="list-style-type: none"><li>• Gesetzlich:</li><li>• Privat:</li></ul>
Für den Antragsteller handle ich als: (bitte ankreuzen und Kopie der jeweiligen Vollmacht beilegen) <ul style="list-style-type: none"><li>• dessen Sorgeberechtigte z.B. Eltern:</li><li>• dessen Betreuer:</li><li>• dessen Bevollmächtigter:</li></ul>

## 3. Antragsgegner

Name, Vorname:
Straße, Hausnummer:
Postleitzahl, Ort:
Telefon:/ E-Mail:

**Sachverhaltsdarstellung:** (bitte beschreiben Sie diesen mit eigenen Worten)

Welche Behandlungsunterlagen befinden sich in Ihrem Besitz?  
(Bitte ankreuzen und der Schlichtungsstelle in Kopie zur Verfügung stellen)

Röntgenaufnahmen	Modelle
Patientendokumentation	Fotodokumentation
Arztbriefe	Sonstige
Zahnärztliche Stellungnahmen/ Gutachten	

---

**Hiermit beantrage ich die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens.**

Ich bin mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen des Schlichtungsverfahrens einverstanden.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift  
Antragsteller, gesetzl. Vertreter, Erbe

**Ergänzender Fragebogen zum Schlichtungsantrag**

- Wann hat die beanstandete zahnärztliche Behandlung stattgefunden?

--

- Welche Rechnungen wurden für die beanstandete zahnärztliche Behandlung gestellt? (Bitte die benannten Rechnungen in Kopie beifügen)

Rechnungsnummer	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag	Erstattung

- Ist bereits ein anderweitiges Verfahren anhängig (Zivilgericht, gerichtliches Mahnverfahren, staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren, Strafgericht)?

nein  ja, wann und wo \_\_\_\_\_

- Ist bereits ein gerichtliches Verfahren anhängig oder bereits rechtskräftig entschieden oder verglichen?

nein  ja, wann und wo \_\_\_\_\_

- Ist bereits ein Prothetikausschuss- oder ein Gutachterverfahren für erbrachte Zahnersatzleistungen oder ein Schadensprüfungsverfahren bei der KZV Thüringen anhängig?

nein  ja, wann und wo \_\_\_\_\_

**Hinweis: Falls Sie diese Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, kann die Schlichtungsstelle gemäß der Schlichtungsordnung nicht weiter tätig werden.**

- Welchen Schaden haben Sie nach Ihrer Auffassung erlitten? Geben Sie bitte möglichst eine genaue Darstellung an. Bitte Schadensbelege in Kopie beifügen z. B. Nachbehandlungskosten, Gutachterkosten, Verdienstaussfall, Aufwendungen u.a.)


- Von welchen Zahnärzten wurden Sie anschließend untersucht bzw. behandelt?




**Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht**

Betreff: Schlichtungsverfahren


Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Landes-zahnärztekammer Thüringen, meinen Rechtsanwälten den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträgern.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem Betreff genannten Anlass im Zusammenhang stehen und zwar einschließlich möglicher Vorerkrankungen.

Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass alle erforderlichen Patientendokumentationen, Unterlagen, Stellungnahmen, Modelle, Röntgenaufnahmen, Fotodokumentationen, Arztbriefe, Behandlungsdaten, welche mit der beanstandeten Behandlung im Zusammenhang stehen zur Verfügung gestellt werden.

Name:
Vorname:
Anschrift:
Ort:

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift  
Antragsteller, gesetzl. Vertreter, Erbe