

# Schlichtungsantrag



an die Landeszahnärztekammer Thüringen

.....  
Antragsteller Name, Vorname:

.....  
Adresse/Telefonnummer:

**gegen**

.....  
Antragsgegner Name, Vorname:

.....  
Adresse, Telefonnummer:

**Sachverhaltsdarstellung:**

(bei Bedarf ggf. zusätzl. Blatt beifügen)

**Forderung:**

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

Ergänzender Fragebogen zum Schlichtungsantrag vom .....

- Wann und wo soll die fehlerhafte Behandlung erfolgt sein?

.....

- Von wem verlangen Sie Schadenersatz und wie hoch beziffern Sie diesen?

.....

- Ist wegen des geltend gemachten Schadens bereits ein Anspruch gegen die vorgenannte Person bzw. Institution erhoben worden? Falls ja, bitten wir um Überlassung des Schriftwechsels.

ja

nein

- Ist wegen der geltend gemachten Schädigung bereits ein Verfahren (Straf- oder Zivilprozess) anhängig (bzw. gewesen)? Falls ja, bitte Aktenzeichen und Gericht, Staatsanwaltschaft angeben.

ja

nein

- Liegt bereits ein Gutachten vor?

ja

nein

Wenn ja, können Sie uns dieses bitte in Kopie zur Verfügung stellen!

- In welchen Tatsachen soll die Schädigung erfolgt sein? Geben Sie bitte möglichst eine genaue Darstellung an. Worin besteht der Gesundheitsschaden im Einzelnen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Worin bestand/besteht der finanzielle Schaden (Verdienstaufschlag, Aufwendungen etc.)

.....

.....

- Wann haben Sie die Beschwerden, Störungen, Schmerzen, die Sie auf die von Ihnen als fehlerhaft vermutete Behandlung zurückführen, erstmalig bemerkt?

.....

- Ist wegen der behaupteten Schädigung bereits gegen Dritte ein Anspruch erhoben worden?

.....



**Schlichtungsantrag, Schweigepflichtentbindung**

- Nachstehende Personen, Stellen und Institutionen (Zahnärzte/Ärzte etc.) werden von mir zur Erteilung von Auskünften von der Schweigepflicht entbunden:

1. ....  
Name Zahnärztin/Zahnarzt, Krankenhaus etc., Anschrift

2. ....  
Name Zahnärztin/Zahnarzt, Krankenhaus etc., Anschrift

3. ....  
Name Zahnärztin/Zahnarzt, Krankenhaus etc., Anschrift

4. ....  
Name Zahnärztin/Zahnarzt, Krankenhaus etc., Anschrift

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle der Landes-zahnärztekammer Thüringen bei den von mir genannten Zahnärzten/Ärzten, Unterlagen, Stellungnahmen, Behandlungsdaten einholen kann, die mit der von mir beanstandeten Behandlung im Zusammenhang stehen und entbinde damit die Benannten von der Schweigepflicht. Sollte sich im Laufe des Schlichtungsverfahrens darüber hinaus die Notwendigkeit ergeben, weitere Unterlagen anzufordern, gilt die Entbindung von der Schweigepflicht ebenfalls.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift  
als Patient/in, als gesetzl. Vertreter, als Erbe