

Ärztammer des Saarlandes - Abteilung Zahnärzte

Körperschaft des öffentlichen Rechts



Formblatt – Antrag auf Durchführung eines Schlichtungsverfahrens

Schlichtungsstelle **-VERTRAULICH-**
der Ärztekammer des Saarlandes – Abteilung Zahnärzte
Puccinistraße 2
66119 Saarbrücken

Antrag auf Durchführung eines Schlichtungsverfahrens

Hinweis:

Das Schlichtungsverfahren ist für Patient und Zahnarzt freiwillig.

Zur Bearbeitung Ihres Antrages beantworten Sie uns bitte nachfolgende Fragen:

1. Patient

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	E-Mail:
Krankenversicherung zum Zeitpunkt der beanstandeten Behandlung:	
Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Gesetzlich mit Zusatzversicherung <input type="checkbox"/>	



2. Patient (sofern nicht Antragsteller)

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. Ist bereits ein anderweitiges Verfahren anhängig (Zivilgericht, gerichtliches Mahnverfahren, staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren, Strafgericht, ein Gutachterverfahren für erbrachte Zahnersatzleistungen oder ein Schadensprüfungsverfahren bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung des Saarlandes anhängig?)

Ja

Nein

4. Behandelnder Zahnarzt (sofern nicht Antragsteller)

Name:	
Vorname:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	

Ärztekammer des Saarlandes - Abteilung Zahnärzte

Körperschaft des öffentlichen Rechts



Formblatt – Antrag auf Durchführung eines Schlichtungsverfahrens

5. Wann hat die beanstandete zahnärztliche Behandlung stattgefunden?

Bitte geben Sie den genauen Behandlungszeitraum an.

6. Welche Rechnungen wurden für die beanstandeten zahnärztlichen Behandlungen gestellt?

Rechnung Nr.:	vom:	Betrag:	Erstattung:

(Bitte genannte Rechnungen in Kopie beifügen und die von Ihrer Krankenkasse erstatteten Beträge nachweisen)

7. Bitte beschreiben Sie in Ihren eigenen Worten, was der Zahnarzt oder die Zahnärztin Ihrer Meinung nach falsch gemacht hat (ggf. Beiblatt verwenden)



8. Welchen Schaden haben Sie hierdurch nach Ihrer Auffassung erlitten?

(Bitte Schadensbelege in Kopie beifügen, z. B. Nachbehandlungskosten, u. Ä.)

9. Falls Sie von einer Fehlbehandlung ausgehen, von welchen Zahnärzten wurden Sie anschließend untersucht bzw. behandelt?

10. Befinden sich Behandlungsunterlagen in Ihrem Besitz?

- Röntgenaufnahmen
- Patientendokumentation
- Arztbriefe
- Zahnärztliche Stellungnahmen/Gutachten
- Kiefermodelle
- Fotodokumentation
- Sonstiges

Ärztekammer des Saarlandes - Abteilung Zahnärzte

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Formblatt – Antrag auf Durchführung eines Schlichtungsverfahrens



Hiermit beantrage ich die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens.

Ort:, den

Unterschrift:

Die unterschriebene Schweigepflichtentbindungserklärung/ Datenschutzeinwilligung füge ich bei.



Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Datenschutzeinwilligung

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der Ärztekammer des Saarlandes – Abteilung Zahnärzte, die mit dem Schlichtungsverfahren zugrundeliegenden Vorgang befasst waren.

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

Ich willige ein, dass die Ärztekammer des Saarlandes meine personenbezogenen Daten für die Vorbereitung, Bearbeitung, Abwicklung des Schlichtungsverfahrens verarbeiten darf. Informationen zum Datenschutz finden sich in den nachfolgenden Hinweisen zur Datenverarbeitung gemäß Art. 13 DSGVO zum Schlichtungsantrag.

Name/Vorname
(Patient und ggfls. gesetzlicher Vertreter):

Straße und Hausnr.

PLZ/Ort

Datum

Unterschrift



Hinweise zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 DS-GVO (zum Schlichtungsantrag)

Die Ärztekammer des Saarlandes – Abteilung Zahnärzte nimmt den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ernst. Wir berücksichtigen die datenschutzrechtlichen Anforderungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) und wollen, dass Sie wissen, wann wir welche Daten erheben und wie wir sie verwenden:

Welche personenbezogenen Daten erheben wir von Ihnen?

Für die Anmeldung zur Schlichtung und für die Verwaltung bzw. Abwicklung der Schlichtung benötigen wir von Ihnen Angaben zu: Ihrem Namen, Ihrem Geburtsdatum, Ihrer Adresse, Ihrer Telefon-Nr., Ihrer E-Mail-Adresse, Ihrer Krankenversicherung, außerdem Angaben zu allen Daten, die unter Punkt 1) bis Punkt 10) des Schlichtungsantrags erhoben werden.

Zu welchem Zweck erheben wir die genannten personenbezogenen Daten von Ihnen? Ihre Daten werden für die Vorbereitung und Bearbeitung/Abwicklung des Schlichtungsverfahrens gemäß Schlichtungsordnung der Ärztekammer des Saarlandes – Abteilung Zahnärzte genutzt. Die Daten speichern wir solange dies für die Erfüllung des Zwecks erforderlich ist im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung und -nutzung ist Art. 6 Abs. 1 Buchst. a) DS-GVO.

An welche Stellen werden die personenbezogenen Daten übermittelt?

Ihre Daten werden im Rahmen des Schlichtungsverfahrens an die andere Partei (z.B. den Zahnarzt) und an die Personen der Schlichtungsstelle übermittelt.

Die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an ein Drittland findet nicht statt. Ihre personenbezogenen Daten werden nur zu den genannten Zwecken erhoben und verarbeitet. Sollten die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterverarbeitet werden, informieren wir Sie hierüber gesondert und teilen Ihnen diese Zweckänderung mit.

Ärztekammer des Saarlandes - Abteilung Zahnärzte

Körperschaft des öffentlichen Rechts



Formblatt – Antrag auf Durchführung eines Schlichtungsverfahrens

Welche Rechte haben Sie?

Die DS-GVO sieht eine Reihe von Rechten vor, die Sie als von der Datenerhebung und -nutzung Betroffener geltend machen können.

Sie haben ein Auskunftsrecht gegenüber der Ärztekammer des Saarlandes – Abteilung Zahnärzte, welche Ihrer personenbezogenen Daten von uns verarbeitet werden. Sie haben außerdem ein Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Datenverarbeitung und ein Recht auf Datenübertragbarkeit.

Sofern die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung von Ihnen beruht, haben Sie das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Bitte beachten Sie aber, dass im Falle des Widerrufs die Weiterführung des Schlichtungsverfahrens nicht mehr möglich ist.

Sie können, sofern Sie im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten einen entsprechenden Anlass sehen, eine Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde einreichen. Die für die Ärztekammer des Saarlandes zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Unabhängiges Datenschutzzentrum Saarland

Fritz-Dobisch-Str. 12

66111 Saarbrücken

Tel. 0681 94781-0

Fax 0681 94781-29

poststelle@datenschutz.saarland.de

Bei Fragen können Sie sich jederzeit gerne an uns wenden.

Für den Datenschutz verantwortlich ist die Ärztekammer des Saarlandes – Abteilung Zahnärzte, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Puccinistraße 2, 66119 Saarbrücken

Tel: 0681 – 58 608 0; E-Mail: mail@zaek-saar.de