

# Begutachtungsstelle zur Beurteilung zahnärztlicher Behandlungsfehler bei der Zahnärztekammer Nordrhein

## Antrag

auf Durchführung eines Begutachtungsverfahrens

### 1. Patientendaten

#### 1.1 persönliche Angaben zum Patienten (Antragsteller) (\* = freiwillige Angaben)

Name:	Vorname:
geb. am:	Geburtsname:
Straße, Hausnummer:	
PLZ:	Ort:
Telefon *:	Mobil *:

#### 1.2 Falls der Patient minderjährig ist oder unter Betreuung steht:

Name und Anschrift des/der ges. Vertreter(s):
---

#### 1.3 Krankenversicherung

Betrifft die beanstandete Behandlung die Versorgung mit Zahnersatz oder mit Zahnkronen? <input type="checkbox"/> nein (→ fortfahren mit 2.) <input type="checkbox"/> ja
---

Wo waren Sie zur Zeit der Behandlung krankenversichert? <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (→ fortfahren mit 2.) <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse Name:
--

Hat die Krankenkasse die Versorgung mit Zahnersatz/Zahnkronen ganz oder teilweise (Festzuschuss) übernommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Heil- und Kostenpläne, Rechnungen beifügen)
--

### 2. Antragsgegner (Behandelnder Zahnarzt)

Wer hat die von Ihnen beanstandete Behandlung durchgeführt (Name und Anschrift)?  <i>Hinweis: Bei einer Gemeinschaftspraxis genügt nicht die Bezeichnung der Praxis; erforderlich ist vielmehr die individuelle Bezeichnung des Zahnarztes, der die beanstandete Behandlung durchgeführt hat. Gleiches gilt bei einer Behandlung in einer Klinik oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)</i>
--

### **3. Gegenstand des Antrages auf Begutachtung (Behandlung)**

#### **3.1 Zeitpunkt/Zeitraum der Behandlung**

Wann hat die Ihrer Ansicht nach fehlerhafte Behandlung stattgefunden?  
*Bitte geben Sie das Datum oder den Zeitraum der Behandlung so genau wie möglich an.*

#### **3.2 Bezeichnung des geltend gemachten Behandlungsfehlers**

Welche zahnärztliche Behandlung war Ihrer Ansicht nach fehlerhaft und welches konkrete zahnärztliche Verhalten (Handeln oder Unterlassen) sehen Sie als behandlungsfehlerhaft an?

**- Bitte Beiblatt zufügen, wenn der vorgegebene Platz nicht ausreicht -**

### 3.3 Folgen der Ihrer Ansicht nach fehlerhaften Behandlung

Welcher Gesundheitsschaden ist Ihnen durch die Ihrer Ansicht nach fehlerhafte Behandlung entstanden?

### 3.4 Klageverfahren/Ermittlungsverfahren

Ist oder war wegen der Ihrer Ansicht nach fehlerhaften Behandlung bereits ein Gerichtsverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig?

- nein
- ja (Aktenzeichen, Gericht/StA: \_\_\_\_\_)

### 3.5 Gutachten

Liegen bereits Gutachten bezüglich der beanstandeten Behandlung vor?

- nein
- ja *Bitte fügen Sie diese dem Antrag bei*

#### 4. Vor- und nachbehandelnde Zahnärzte

Geben Sie bitte nur die Zahnärzte bzw. Kliniken an, die in einem **engen** zeitlichen oder sachlichen Zusammenhang mit der hier beanstandeten Behandlung aufgesucht wurden

##### 4.1 Vorbehandler

	Name
	Anschrift
	Behandlung von - bis

	Name
	Anschrift
	Behandlung von - bis

##### 4.2 Nachbehandler

	Name
	Anschrift
	Behandlung von - bis

	Name
	Anschrift
	Behandlung von - bis

	Name
	Anschrift
	Behandlung von - bis

	Name
	Anschrift
	Behandlung von - bis

---

Ort, Datum

Unterschrift (Name und Vorname)