

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)