

Schlichtungsstelle der BLZK  
- vertraulich –  
Flößergasse 1  
81369 München

## Antrag auf Durchführung eines Schlichtungsverfahrens

### Hinweis:

**Das Schlichtungsverfahren ist für Patient und Zahnarzt freiwillig.**

**Liegt die Zustimmung beider Parteien vor, ist vom Antragsteller eine Gebühr in Höhe von € 400,-- zu bezahlen.**

**Ein Gebührenbescheid wird von der BLZK erlassen.**

**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. Antragsteller (sofern nicht Patient)

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 Prothetikausschuss- oder ein Gutachterverfahren für erbrachte Zahnersatzleistungen oder ein Schadensprüfungsverfahren bei der KZVB anhängig?)**

**Ja**

**Nein**

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

## 3. Zahnarzt

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

**4. Wann hat die beanstandete zahnärztliche Behandlung stattgefunden?  
Bitte geben Sie den genauen Behandlungszeitraum an**

----------------------

**5. Welche Rechnungen wurden für die beanstandeten zahnärztlichen Behandlungen gestellt?**

<b>Rechnung Nr.:</b>	<b>vom:</b>	<b>Betrag:</b>	<b>Erstattung:</b>

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

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

**7. Welchen Schaden haben Sie hierdurch nach Ihrer Auffassung erlitten?**

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

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

**9. Befinden sich in Ihrem Besitz Behandlungsunterlagen?**

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

**10. Von wem haben Sie von der Einrichtung der Schlichtungsstelle erfahren?**

- Krankenkasse
- Zahnarzt
- Internet
- Sonstige

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

Ort: ....., den .....

Unterschrift: .....

- Die unterschriebene Schweigepflichtentbindungserklärung füge ich bei.

# Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

**Betreff:**

**Schlichtungsverfahren Az:**

---

---

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

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

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/  
Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_