

# PATIENTENSCHLICHTUNGSSTELLE

bei der  
Landeszahnärztekammer für Tirol  
Anichstraße 7, 6020 Innsbruck

Tel.: +43 (0)50511-6020  
FAX: +43 (0)50511-6026  
E-Mail:  
office@tiroler.zahnaerztekammer.at

Landespatientenschlichtungsstelle bei der  
Landeszahnärztekammer für Tirol  
Anichstraße 7  
6020 Innsbruck

## Antrag gemäß § 41 ZÄG iVm. § 5 PatSchO auf Einleitung eines Patientenschlichtungsverfahrens

### A. Persönliche Daten

Ich **beantrage** die Einleitung eines Patientenschlichtungsverfahrens:

1.

<b>Antragsteller*:</b> (Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)	
<b>Vor- und Zuname, Akademische(r) Grad(e):</b>	
<b>Zustelladresse:</b>	
<b>Telefon/Fax/E-Mail:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Sozialversichert bei:</b>	
<b>Vertreten durch</b> (Rechtsanwalt oder Patientenvertretung):	

2.

<b>Behandelnder Facharzt für ZMK / Zahnarzt/Dentist:</b> (Antragsgegner)	
<b>Vor- und Zuname, Akademische(r) Grad(e):</b>	
<b>Ordinationsadresse/Ort der Behandlung:</b>	

3.

<b>Evt. Vor-/Nachbehandler (Name und Ordinationsadresse)</b>	
--	--

*\* Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.*

## **B. Sachverhaltsdarstellung und Unterlagen**

**1. Die Sachverhaltsdarstellung habe ich beigefügt, sie umfasst ..... Seiten.**

Weiters habe ich folgende Unterlagen (Honorarnote(n), sofern bereits vorhanden Kopie der Krankengeschichte und der Röntgenbilder, etc.) ergänzend zur Sachverhaltsdarstellung zum Beleg meiner Angaben dem Antrag beigeschlossen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 2. Behandlungsbeginn und –dauer, Honorar

Behandlungsbeginn:	
Behandlungsdauer:	
Letzter Besuch beim Zahnarzt:	
Höhe des Honorars	€

Wurde das Honorar bereits beglichen? Ja/Nein

Liegt ein schriftlicher Heil-/Kostenplan vor? Ja/Nein

### **C. Bestimmtes Begehren\***

Im Patientenschlichtungsverfahren begehre ich

<input type="checkbox"/>	kostenlose Nachbehandlung/Neubehandlung
<input type="checkbox"/>	Preisminderung/Rückerstattung des Honorars
<input type="checkbox"/>	Schadenersatz (Schmerzensgeld)
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

\*Zutreffendes bitte ankreuzen.

Ich erteile die Zustimmung zur Weitergabe meiner Daten/ der Daten meines Kindes (Krankengeschichte, Röntgenbilder etc.) gemäß § 9 Z 6 Datenschutzgesetz 2000 (DSG), BGBl. Nr. I 165/1999, idgF., durch die behandelnden Fachärzte für ZMK/Zahnärzte/Dentisten an die Landespatientenschlichtungsstelle.

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten an die Mitglieder der Schlichtungskommission und an allfällig beigezogene Experten weitergegeben werden, soweit es zur Bearbeitung des Falles notwendig ist und dass eine von der Schlichtungskommission in Auftrag gegebene schriftliche Begutachtung auch der Gegenseite zugestellt wird.

Weiters erkläre ich, dass in gegenständlicher Angelegenheit kein zivilrechtliches Verfahren anhängig ist und ich ein solches bis zum Abschluss des Patientenschlichtungsverfahrens auch nicht einleiten werde.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Verjährungsfrist für meine Schadenersatzforderungen gem. § 41 Abs 2 und 3 Zahnärztegesetz (ZÄG) von dem Tag an, an welchem mein Antrag auf Einleitung eines Patientenschlichtungsverfahrens einlangt bis zum schriftlich erklärten Scheitern der Vergleichsverhandlungen, längstens aber durch 18 Monate, gehemmt ist, und verzichte andererseits für diesen Zeitraum auf die Einrede der Verjährung hinsichtlich allenfalls noch offener Honorarrechnungen des Zahnarztes, die mit dem Schadensfall zusammenhängen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Antrag vorweg durch die Beratungsstelle behandelt wird.

Ich versichere, alle Angaben ordnungsgemäß und richtig gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass die erhobenen Informationen unter Beachtung des Datenschutzgesetzes 2000 weiterverarbeitet werden.

....., am .....

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers