

Zahnärztliche
Landespatientenschlichtungsstelle

Niederösterreich

in Kooperation mit der

NÖ Patienten- und
Pflegeanwaltschaft

PPA

Tel: + 43 (0)50511 – 3107

FAX: + 43 (0)50511 – 3109

E-Mail: office@noe.zahnaerztekammer.at

Zahnärztliche Landespatientenschlichtungsstelle
Kremser Gasse 20
3100 St. Pölten

Antrag gemäß § 41 ZÄG iVm. § 1,4,5 PatSchO

A. Persönliche Daten

Ich **beantrage** die Bearbeitung meiner Beschwerde:

1. Antragsteller

Antragsteller* (Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)	
Vor- und Zuname, akademische(r) Grad(e)	
Zustelladresse	
Telefon/Fax/E-Mail	
Geburtsdatum	
Sozialversichert bei; Sozialversicherungsnummer	
Rechtsschutzversicherung vorhanden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Beruf des Patienten	

2. Behandelnder Zahnarzt

Behandelnder Zahnarzt / Facharzt für ZMK / Dentist (Antragsgegner)	
Vor- und Zuname, akademische(r) Grad(e)	
Ordinationsadresse / Ort der Behandlung	

3. Vor- bzw. Nachbehandler

evtl. Vorbehandler (Name und Ordinationsadresse)	
evtl. Nachbehandler (Name und Ordinationsadresse)	

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

B. Sachverhaltsdarstellung und Unterlagen

1. Art der zahnärztlichen Behandlung

	Füllung/Plombe
	Zahntfernung/-extraktion
	Krone/Brücke
	Wurzelbehandlung
	Prothese
	Zahnimplantat
	Kieferorthopädie (Zahnsperre etc.)
	Sonstiges

*Zutreffendes bitte jeweils im Feld links daneben ankreuzen.

2. Behandlungsbeginn und –dauer; Honorar

Behandlungsbeginn	
Behandlungsdauer (wenn mehrere Sitzungen notwendig waren)	
Letzter Besuch beim Zahnarzt	
Höhe des Honorars	€

Wurde das Honorar bereits beglichen?

- Ja
- Nein
- zum Teil (in welcher Höhe)

Liegt ein schriftlicher Heil-/Kostenplan vor?

- Ja
- Nein

3. Die Sachverhaltsdarstellung habe ich beigefügt, sie umfasst Seiten (in gedruckter Form oder in Blockschrift).

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

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

C. Bestimmtes Begehren*

Im Patientenschlichtungsverfahren begehre ich Folgendes:

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

*Zutreffendes bitte jeweils im Feld links daneben ankreuzen.

Ich erteile die Zustimmung zur Weitergabe meiner Daten / der Daten meines Kindes (Krankengeschichte, Röntgenbilder etc.) gemäß der DSGVO ,idgF., durch den behandelnden Zahnarzt / Facharzt für ZMK / Dentisten an die Landespatientenschlichtungsstelle.

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten an die Mitglieder der Landespatientenschlichtungskommission, an allfällig beigezogene Experten sowie die Versicherungen weitergegeben werden dürfen, soweit es zur Bearbeitung des Falles erforderlich ist.

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

Ich nehme zur Kenntnis, dass von dem Tag an, an welchem mein Antrag auf Einleitung eines Patientenschlichtungsverfahrens einlangt, der Fortlauf der Verjährungsfrist für Schadenersatzforderungen gemäß § 41 Abs. 2 und Abs. 3 Zahnärztegesetz (ZÄG) gehemmt ist.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Beschwerde im Vorfeld von der Patientenberatungsstelle der LZÄK für NÖ im Hinblick auf die Herbeiführung einer einvernehmlichen Lösung mit dem behandelnden Zahnarzt bearbeitet wird.

Ich versichere, alle Angaben ordnungsgemäß und richtig gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass die erhobenen Informationen unter Beachtung der DGSV0 weiterverarbeitet werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers