



**Absender:**

**Datum:** .....

Vor- und Nachname: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort: .....

Schlichtungsstelle  
der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz (LZK)  
Langenbeckstraße 2  
55131 Mainz

## **Antrag auf Durchführung eines Schlichtungsverfahrens bei der LZK wegen einer streitigen zahnärztlichen Behandlung**

**Patient/in:**

Name, ggf. Geburtsname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... (Geburtsort): .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort: .....

Telefon, E-Mail: .....

**Antragsteller/in (falls nicht Patient/in):**

Für den Patienten/ die Patientin handele ich/handeln wir als:

- dessen Sorgeberechtigte/r
- dessen Bevollmächtigte/r (bitte Vollmacht beifügen)
- dessen Betreuer/in (bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)

Name: .....

Vorname: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon, E-Mail: .....

**Bitte beantworten Sie uns zur Bearbeitung Ihres Schlichtungsantrages folgende Fragen:**

**1. Gegen welche/n Zahnarzt/Zahnärztin richtet sich Ihr Antrag?**

Name: .....

Vorname: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Praxisort: .....

ggf. Angabe Krankenhaus/Klinik: .....

**2. Warum haben Sie sich in zahnärztliche Behandlung begeben (z.B. Vorsorgeuntersuchung, Schmerzen, usw.)?**

**3. Wann hat die beanstandete zahnärztliche Behandlung stattgefunden? Wann wurde die zahnärztliche Behandlung abgeschlossen?**

Bitte geben Sie den genauen Behandlungszeitraum an. Eine Tätigkeit der Schlichtungsstelle ist ausgeschlossen, wenn drei Jahre nach Abschluss des Jahres, in dem die Behandlung abgeschlossen wurde, vergangen sind, § 3 Abs. 1 der Verfahrensordnung der Schlichtungsstelle.

**4. Ist wegen der geltend gemachten Schädigung bereits ein gerichtliches Verfahren (Straf- oder Zivilprozess) anhängig oder anhängig gewesen?**

Ja:       Nein:

Falls diese Frage mit „Ja“ beantwortet wird, kann die Schlichtungsstelle gemäß § 3 Absatz 2 der Verfahrensordnung der Schlichtungsstelle nicht tätig werden.

**5. Sachverhaltsdarstellung:**

Bitte schildern Sie möglichst genau den Sachverhalt. Bei Bedarf bitte zusätzliches Blatt beifügen.

**Welche Schäden (Gesundheitsschaden, finanzieller Schaden) sind nach Ihrer Auffassung durch die beanstandete Behandlung entstanden?**

**6. Von welchen Zahnärzten/Zahnärztinnen wurden Sie ggf. anschließend behandelt?**

Hiermit beantrage ich die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens bei der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz. Die Schlichtungsstelle der Landeszahnärztekammer erhebt, verarbeitet und nutzt im Rahmen der beantragten Schlichtung Gesundheits- und sonstige personenbezogene Daten, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens notwendig ist. Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an die Verfahrensbeteiligten (siehe beigefügte Datenschutzinformation) im Rahmen des Schlichtungsverfahrens einverstanden.

.....

Datum, Ort

.....

Unterschrift Patient/in  
oder Antragsteller/in

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Nachstehender Zahnarzt/nachstehende Zahnärztin wird von mir zur Erteilung von Auskünften im Rahmen des Schlichtungsverfahrens von der Schweigepflicht entbunden:

.....

Name, Praxisanschrift

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz bei dem/der von mir genannten Zahnarzt/Zahnärztin Unterlagen, Stellungnahmen, Behandlungsdaten einholen kann, die mit der von mir beanstandeten Behandlung im Zusammenhang stehen und entbinde damit die oben genannte Person von der Schweigepflicht.

.....

Datum, Ort

.....

Unterschrift Patient/in  
oder Antragsteller/in

## **Datenschutzinformation im Rahmen des Schlichtungsverfahrens bei der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz**

Die Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz verarbeitet zu dem Zweck der Erfüllung der ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben (Einrichtung eines Schlichtungsausschusses gemäß § 7 Heilberufsgesetz) Daten anfragender Patienten. Betroffene Personen haben das Recht, nach Art. 13, 14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) informiert zu werden.

### **Welche personenbezogenen Daten werden erhoben?**

Für das von Ihnen bei der Landeszahnärztekammer beantragte Schlichtungsverfahren benötigen wir von Ihnen folgende personenbezogene Angaben: Vor- und Nachname, Adresse, Geburtsdatum, Telefonnummer, Email-Adresse, außerdem alle Angaben, die unter Punkt 1 bis 6 des Antrages auf Durchführung eines Schlichtungsverfahrens erhoben werden.

Angaben zu minderjährigen Kindern werden nur erhoben, wenn diese durch die Erziehungsberechtigten mitgeteilt werden.

Die Erhebung von Daten bei Dritten erfolgt nur, wenn Sie uns hierzu Ihre Einwilligung geben.

### **Dauer der Datenspeicherung**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten längstens zehn Jahre nach Abschluss des Verfahrens auf.

### **Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung**

Die Datenverarbeitung erfolgt, um Ihren Antrag auf Durchführung eines Schlichtungsverfahrens nachgehen zu können. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung und -nutzung ist Art. 6 Abs. 1, Art. 9 Abs. 2 DSGVO in Verbindung mit § 7 Heilberufsgesetz und der Verfahrensordnung der Schlichtungsstelle bei der LZK.

### **Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten**

Personenbezogene Daten übermitteln wir an Dritte nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie einwilligt haben. Gesundheitsdaten übermitteln wir an Dritte nur, wenn Sie eingewilligt haben.

Ihre Daten werden im Rahmen des Schlichtungsverfahrens an die Mitglieder der Schlichtungsstelle der LZK sowie an den Antragsgegner bzw. seinen Bevollmächtigten oder Rechtsbeistand übermittelt.

Die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an ein Drittland findet nicht statt.

### **Ihre Rechte**

Sie haben uns gegenüber hinsichtlich der Sie betreffenden Daten:

- das Recht auf Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten
- das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten
- unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit
- sofern die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung von Ihnen beruht, haben Sie das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Dies ist der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz, Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz, Tel. 06131 208-2449, Email: [poststelle@datenschutz.rlp.de](mailto:poststelle@datenschutz.rlp.de).

### **Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen nach DSGVO**

Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO ist die Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Langenbeckstraße 2, 55131 Mainz, Tel. 06131 96136-0, Email: [geschaeftsstelle@lzk.de](mailto:geschaeftsstelle@lzk.de), vertreten durch den Präsidenten Herrn Dr. med. dent. Wilfried Woop, den Vizepräsidenten Herrn San.-Rat Dr. med. dent. Peter Mohr oder den Hauptgeschäftsführer Herrn Rechtsanwalt/Syndikusrechtsanwalt Felix Schütz.

### **Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der LZK**

Für die Landeszahnärztekammer ist Herr Harald Pultar, Backhaushohl 13, 55128 Mainz, Tel. 06131 330821, Email: [info@pultar.de](mailto:info@pultar.de), als Datenschutzbeauftragter bestellt.