



Informationsblatt

Schlichtungsantrag

Ein Schlichtungsverfahren wird nur im Einverständnis beider Parteien durchgeführt. Das einmal erklärte Einverständnis zu einem Schlichtungsverfahren kann widerrufen werden.

Der **Antrag** für ein Schlichtungsverfahren kann **formlos** gestellt werden. Folgende notwendige Angaben müssen jedoch enthalten sein:

- Name und Anschrift des Antragstellers
- Name des betreffenden Zahnarztes
- präzise Darstellung über den vermuteten Behandlungsfehler

Ihren Antrag senden Sie bitte an die:

Landeszahnärztekammer Brandenburg
Präsident
Postfach 10 07 22
03007 Cottbus

Kosten des Schlichtungsverfahrens

Die Kosten der Schlichtungsstelle trägt die Landeszahnärztekammer Brandenburg. Die Beteiligten tragen ihre eigenen Kosten einschließlich der Kosten ihrer Vertretung selbst, es sei denn, sie treffen eine anderweitige Vereinbarung.