

Einverständniserklärung

Vermittlung durch die Landeszahnärztekammer Sachsen

zwischen

Patient / Patientin

und

Zahnarzt / Zahnärztin

Name, Vorname:

Wohnanschrift:

Die Satzung über das Vermittlungsverfahren bei der Landeszahnärztekammer Sachsen habe ich erhalten und gelesen.

Ich versichere ausdrücklich, dass die von mir gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ich bin damit einverstanden, dass alle Schriftsätze, Schriftstücke und sonstigen Mitteilungen, die dem Rechtsausschuss von einer Partei vorgelegt werden, der anderen Partei zur Kenntnis gegeben werden. Dies betrifft auch Gutachten und andere schriftliche Beweismittel, auf die sich der Rechtsausschuss bei seiner Tätigkeit stützen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten für die Zwecke des Vermittlungsverfahrens verwendet und gespeichert und nach Abschluss des Verfahrens bei der Geschäftsstelle der Landeszahnärztekammer Sachsen für 5 Jahre unter Verschluss aufbewahrt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass zur Einsichtnahme in die Akten ausschließlich die Verfahrensparteien und deren bestellte Vertreter, die Mitglieder des Rechtsausschusses der Landeszahnärztekammer Sachsen sowie die Geschäftsstelle der Landeszahnärztekammer Sachsen befugt sind.

Ich versichere, dass

- in gleicher Angelegenheit kein Schiedsspruch bzw. kein Urteil eines ordentlichen Gerichts oder Berufsgerichts ergangen ist,
- kein ordentliches Gerichts- oder Berufsgerichtsverfahren anhängig ist und bis zum Abschluss des Vermittlungsverfahrens anhängig gemacht wird,
- kein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren wegen desselben Tatbestandes anhängig ist und bis zum Abschluss des Vermittlungsverfahrens anhängig gemacht wird.

Datum

Unterschrift