

## Antrag auf Durchführung einer Schlichtung

Hiermit beantrage ich, \_\_\_\_\_,  
Name der Patientin / des Patienten / des / der Bevollmächtigten  
dass die Ärztekammer Nordrhein zwischen

\_\_\_\_\_ Name der Ärztin / des Arztes

und mir ein freiwilliges außergerichtliches Schlichtungsverfahren betreffend  
der / die Rechnung(en) \_\_\_\_\_  
Rechnungsdatum und -nummer  
durchführt.

### I. Persönliche Angaben

#### 1. zum Patienten:

Name (Geburtsname): \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

weiblich       männlich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

ggf. verstorben am: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversichert über: \_\_\_\_\_

#### 2. zum Beschwerdeführer, falls nicht identisch mit 1.:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

weiblich       männlich

ggf. (Verwandtschafts-) Verhältnis zum Patienten: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### 3. Im Falle der Vertretung des Patienten:

Ich handle / Wir handeln als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Gesetzliche(r) Vertreter

Bevollmächtigter (bitte Vollmacht in Kopie beifügen)

Betreuer (bitte Bestellungsurkunde in Kopie beifügen)

## II. Gegen WEN richtet sich Ihr Schlichtungsantrag?

(bei mehreren Beschwerdegegnern bitte ggf. Angaben auf gesondertem Blatt beifügen)

Name des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

ggf. weitere Ärzte: \_\_\_\_\_

## III. Zur Rechnungskritik

Was wird der Ärztin / dem Arzt vorgeworfen? Bitte schildern Sie detailliert und verständlich den **Sachverhalt**, der Ihrem Schlichtungsantrag zugrunde liegt:  
(*ggf. bitte Rückseite verwenden; relevante Unterlagen bitte in Kopie beifügen*)

## **Einwilligung und Information**

Bitte nehmen Sie die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis.

Ich bin mit der Weiterleitung meines Schlichtungsantrags an den Schlichtungsgegner einverstanden. **(Bitte ankreuzen)**

## **Schweigepflichtentbindungserklärung**

Hiermit entbinde ich den oben genannten Arzt für das Verfahren gegenüber der Ärztekammer Nordrhein von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

## **Einverständnis zur Datenverarbeitung**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Ärztekammer Nordrhein im Rahmen des vorgenannten Verfahrens, neben den von mir bereitgestellten personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten, derartige Daten, die zur Bearbeitung meiner Eingabe von der Ärztin / dem Arzt an die Ärztekammer Nordrhein übersandt werden, erhebt und verarbeitet.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

## INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

### ANFRAGEN / SCHLICHTUNGEN / BERUFSAUFSICHT

Gemäß der europaweit geltenden Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir ab dem 25.05.2018 verpflichtet, Ihnen Informationen im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten bei der Ärztekammer Nordrhein zu geben. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne mit der Überreichung dieses Informationsblattes nach.

#### I. KONTAKTDATEN

##### VERANTWORTLICHER NACH DSGVO

Ärztekammer Nordrhein,  
Körperschaft des öffentlichen Rechts,  
vertreten durch den Präsidenten  
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf  
[datenschutzverantwortlicher@aekno.de](mailto:datenschutzverantwortlicher@aekno.de)  
Tel.: 0211/4302-0

##### BEHÖRDLICHER DATENSCHUTZBEAUFTRAGTER

Ärztekammer Nordrhein, Datenschutzbeauftragter  
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf  
[datenschutzbeauftragter@aekno.de](mailto:datenschutzbeauftragter@aekno.de)  
Tel.: 0211/4302-0

#### II. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt, um Ihrer Beschwerde / Ihrem Anliegen nachgehen zu können. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit Sie uns diese zugänglich gemacht haben oder noch zur Verfügung stellen werden. Die Erhebung von Daten bei Dritten erfolgt nur, soweit sie uns hierzu Ihre Einwilligung geben. Werden die notwendigen Daten nicht bereitgestellt, kann jedoch unter Umständen eine umfassende Bearbeitung des Anliegens nicht erfolgen.

#### III. RECHTSGRUNDLAGE DER DATENVERARBEITUNG

Die rechtliche Befugnis für die Datenverarbeitung ergibt sich aus Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. c und e, Abs. 2 und 3, Art. 9 Abs. 2 lit. a, f und g DSGVO, §§ 3 Abs. 1 und 16 Abs. 1 Datenschutzgesetz NRW i. V. m. § 6 Abs. 1 Nr. 6 u. 8 Heilberufsgesetz NRW. Danach ist die Durchführung der Berufsaufsicht sowie die Streitschlichtung im Zusammenhang mit der Berufsausübung Aufgabe der Ärztekammer, soweit nicht andere Stellen zuständig sind.

#### IV. EMPFÄNGER DER PERSONENBEZOGENEN DATEN

Es werden keine personenbezogenen Daten weitergegeben. Personenbezogene Daten übermitteln wir an Dritte nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten sind in Beschwerdefällen / bei Schlichtungen in erster Linie Ärztinnen und Ärzte. Sollte sich aus Ihrem Anliegen ein berufsaufsichtsrechtliches Verfahren gegen die Ärztin oder den Arzt entwickeln, können Ihre Daten auch an ein Berufsgericht für Heilberufe oder eine Staatsanwaltschaft weitergegeben werden.

Die Übermittlung erfolgt zum Zwecke der Einholung von fallrelevanten Informationen sowie zur Klärung von Sachverhalten und Umständen hinsichtlich Ihres Behandlungsverhältnisses/Anliegens.

#### V. DAUER DER DATENSPEICHERUNG

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Bearbeitung Ihres Anliegens und/oder zur Wahrung der Berufsaufsicht erforderlich ist oder es gesetzliche Vorgaben vorsehen.

#### VI. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus stehen Ihnen 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 zu.

Sofern Sie eine Einwilligung erteilt haben, so haben Sie das Recht, diese Einwilligung für eine zukünftige Verarbeitung 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 personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Diese ist: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de) Tel.: 0211 / 38424-0