

RÉCLAMATION ADRESSÉE AU BUREAU DE MÉDIATION DE LA SGK/SSODF

1. Réclamation à l'encontre du médecin (prénom/nom/adresse):

.....

2. Médecins, dentistes et cliniques dentaires de suivi, nommément mais pas de manière exhaustive (prénom/nom/adresse):

.....

.....

3. Patient/Patiente (prénom/nom/adresse):

.....

.....

	OUI	NON
Je conteste le montant de la facture des honoraires dentaires (Pièce jointe: facture d'honoraires);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je conteste les prestations professionnelles du/de la dentiste (Pièces jointes: tous les documents de traitement disponibles);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Je consens à ce que le bureau de médiation utilise librement les informations reçues et les transmette également à des tiers, notamment particulier, mais pas exclusivement, pour la discussion avec le/la dentiste concerné-e, aux fins d'ouverture d'une procédure déontologique, d'une procédure d'expertise dentaire, d'une procédure de surveillance ou d'une procédure pénale;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Signature

(Tourner s.v.p.)

OUI NON

Je libère expressément tous les dentistes mentionnés aux points 1 + 2 du secret médical professionnel et je consens à que tous les documents concernant le traitement dentaire ayant conduit à la réclamation relative au montant de la facture d'honoraires resp. aux prestations professionnelles soient remis au bureau de médiation de la SGK / SSODF (obligatoire).

Exposé succinct des motifs de la réclamation recours (si ce n'est déjà fait)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Données du patient

Prénom/Nom

Rue

NPA/Localité

Numéro de téléphone privé

Numéro de téléphone professionnel

E-mail

Date

Signature

à retourner par poste à: SGK/SSODF, Thunstrasse 82, CP 1009, 3000 Bern 6