

## BESCHWERDE AN DIE OMBUDSSTELLE DER SGK/SSODF

1. Beschwerde gegen Zahnarzt/Zahnärztin (Vorname/Nachname/Adresse):

.....

2. Nachbehandelnde ÄrztInnen, ZahnärztInnen und Zahnkliniken, namentlich aber nicht abschliessend (Vorname/Nachname/Adresse):

.....

.....

3. Patient/Patientin (Vorname/Nachname/Adresse):

.....

.....

**JA**      **NEIN**

Ich beanstande die zahnärztliche Honorarrechnung betragsmässig  
(Beilage: Honorarrechnung);

Ich beanstande die fachliche Arbeit des Zahnarztes (Beilagen: sämtliche  
Behandlungsunterlagen, inkl. Modelle und Röntgen);

Ich stimme zu, dass die Ombudsstelle die erhaltenen Informationen frei ver-  
wenden und auch an Dritte weitergeben darf, dies insbesondere, aber nicht  
abschliessend zur Aussprache mit dem betroffenen Zahnarzt, zur Erhebung  
eines standesrechtlichen Verfahrens, eines zahnärztlichen Begutachtungs-  
verfahrens, eines aufsichtsrechtlichen Verfahrens oder eines Strafverfahrens;

**Unterschrift** .....

(bitte wenden)

**JA NEIN**

Ich entbinde alle unter Ziff. 1 + 2 genannten Zahnärzte ausdrücklich vom ärztlichen Berufsgeheimnis und erkläre mich damit einverstanden, dass sämtliche Unterlagen über die zahnärztliche Behandlung, welche zur Beanstandung der Honorarforderung bzw. der fachlichen Arbeit geführt haben, der Ombudsstelle der SGK/SSODF ausgehändigt werden dürfen (obligatorisch).

---

Kurze Begründung der Beschwerde (sofern nicht bereits erfolgt)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

**Patientenangaben**

**Vorname/Name** .....

**Strasse** .....

**PLZ/Ort** .....

**Telefonnummer Privat** .....

**Telefonnummer Geschäft** .....

**E-Mail** .....

**Datum** .....

**Unterschrift** .....