

BESCHWERDE AN DIE OMBUDSSTELLE DER SGK/SSODF

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

.....

2. Nachbehandelnde ÄrztInnen, Zahnärzte/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/der Zahnärztin
(Beilagen: sämtliche Behandlungsunterlagen, inkl. Modelle und Röntgen);

Ich stimme zu, dass die Ombudsstelle die erhaltenen Informationen frei verwenden und auch an Dritte weitergeben darf, dies insbesondere, aber nicht abschliessend zur Aussprache mit dem/der betroffenen Zahnarzt/Zahnärztin, zur Erhebung eines standesrechtlichen Verfahrens, eines zahnärztlichen Begutachtungsverfahrens, eines aufsichtsrechtlichen Verfahrens oder eines Strafverfahrens;

JA **NEIN**

Ich entbinde alle unter Ziff. 1 + 2 genannten Zahnärzte/Zahnärztinnen 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).

Ich bestätige, dass der Fall bei keiner anderen Kommission / Stelle hängig ist oder bereits beurteilt wurde.

Kurze Begründung der Beschwerde (sofern nicht bereits erfolgt)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Patientenangaben

Vorname/Name

Strasse

PLZ/Ort

Telefonnummer Privat

Telefonnummer Geschäft

E-Mail

Datum

Unterschrift