

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, y compris modèles et radiographies);	<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"/>
--	--------------------------	--------------------------

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).

Je confirme que le cas n'est pas en suspens auprès d'une autre commission/ instance ou a déjà été jugé.

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