



## BESCHWERDE AN DIE BEGUTACHTUNGSKOMMISSION DER SGK/SSODF

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

.....

2. Nachbehandelnde Ärzte / Ärztinnen, Zahnärzte / Zahnärztinnen und Zahnkliniken, namentlich aber nicht abschliessend (Vorname/Nachname/Adresse):

.....

.....

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

.....

.....

Ich bestätige, bereits erfolglos mit dem Zahnarzt / der Zahnärztin persönlich einen mündlichen oder schriftlichen Verständigungsversuch unternommen zu haben ( <u>obligatorisch</u> ).	JA	NEIN
	<input type="checkbox"/>	
Ich beanstande die zahnärztliche Honorarrechnung betragsmässig (Beilage: Honorarrechnung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich beanstande die fachliche Arbeit des Zahnarztes / der Zahnärztin (Beilagen: sämtliche Behandlungsunterlagen, inkl. Modelle und Röntgen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich stimme zu, dass die Begutachtungskommission SGK 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 Begutachtungskommission SGK ausgehändigt werden dürfen ( <u>obligatorisch</u> ).	<input type="checkbox"/>	
Ich bestätige, dass der Fall bei keiner anderen Kommission / Stelle hängig ist oder bereits beurteilt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Kurze Begründung der Beschwerde (sofern nicht bereits erfolgt)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

Patientenangaben

Vorname/Name .....

Strasse .....

PLZ/Ort .....

Telefonnummer Privat .....

Telefonnummer Geschäft .....

E-Mail .....

Datum .....

Unterschrift (ges. Vertreter bei Minderjährigen) .....