

## RICORSO ALL'UFFICIO DELLA COMMISSIONE ARBITRALE DELLA SGK/SSODF

1. Ricorso contro medico dentista (Nome/Cognome/Indirizzo):

.....

2. Medici, medici dentisti e cliniche dentarie che trattano poi prevalentemente, ma non in forma definitiva, il paziente (Nome/Cognome/Indirizzo):

.....

.....

3. Paziente (Nome/Cognome/Indirizzo):

.....

.....

Confermo che ho già discusso oralmente o per iscritto con il mio dentista di persona, a voce o per iscritto ( <u>obbligatorio</u> ).	SÌ <input type="checkbox"/>	NO
Contesto la fattura dell'onorario del medico dentista per quanto riguarda l'importo (allegata: fattura dell'onorario).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contesto il lavoro tecnico-specialistico del medico dentista (allegati: tutti i documenti disponibili sul trattamento, inclusi i modelli e i raggi X).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acconsento che l'Ufficio della Commissione arbitrale della SGK/SSODF utilizzi liberamente le informazioni ricevute e anche che possa inoltrarle in particolare a terzi, ma non in forma definitiva, per la discussione con il medico dentista incaricato, per promuovere una procedura di diritto professionale, una procedura di perizia dentaria, una procedura di diritto di vigilanza o una procedura penale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svincolo espressamente tutti i medici dentisti citati alle cifre 1 + 2 dal segreto professionale medico e mi dichiaro d'accordo che tutte le documentazioni relative al trattamento dentale che hanno portato alla contestazione dei crediti d'onorario, risp. del lavoro tecnico-specialistico, possono essere consegnate all'Ufficio della Commissione arbitrale della SGK/SSODF ( <u>obbligatorio</u> ).	<input type="checkbox"/>	
Confermo che il caso non è né già stato valutato né è pendente presso altre commissioni / altri enti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

