

RÉCLAMATION ADRESSÉE À LA COMMISSION D'EXPERTISE 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. Le Patient/laPatiente (prénom/nom/adresse) :

.....

.....

Je confirme que j'ai fait une tentative d'arrangement amiable orale ou écrite en personne auprès de mon dentiste (<u>obligatoire</u>), mais que celle-ci a échoué.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
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 la Commission d'expertise SSODF utilise librement les informations reçues et les transmette également à des tiers, en 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"/>
Je libère expressément tous les dentistes mentionnés aux points 1 + 2 du secret médical professionnel et je consens à ce 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 à la Commission d'expertise SSODF (<u>obligatoire</u>).	<input type="checkbox"/>	
Je confirme que le cas n'est pas en suspens auprès d'une autre commission/instance ou a déjà été jugé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Date de naissance

E-mail

Date

Signature (représentant légal si mineur)