

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"/>

Breve motivazione del ricorso (se non è già stata fatta)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dati del paziente

Nome/Cognome

Via

NPA/Località

Numero di telefono privato

Numero di telefono ufficio

Data di nascita

E-mail

Data

Firma (per i minorenni, firma del rappresentante legale)