

BESCHWERDEFORMULAR

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

.....

2. Alle nachbehandelnden Zahnärzte / Zahnärztinnen und Zahnkliniken, namentlich aber nicht abschliessend (Vorname/Nachname/Ort):

.....

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

.....

	JA	NEIN
erklärt, dass er / sie bereits erfolglos mit dem Zahnarzt / der Zahnärztin persönlich einen mündlichen oder schriftlichen Verständigungsversuch unternommen hat (<u>obligatorisch</u>);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beanstandet die zahnärztliche Honorarrechnung betragsmässig;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beanstandet die fachliche Arbeit des Zahnarztes;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
legt die spezifizierte Honorarrechnung bei (sofern nicht bereits erfolgt);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nimmt zur Kenntnis, dass der betroffene Zahnarzt / die betroffene Zahnärztin eine Kopie der Beschwerde erhält und zu den Beanstandungen Stellung nehmen muss (<u>obligatorisch</u>);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entbindet alle unter Ziff. 1 + 2 genannten Zahnärzte / Zahnärztinnen ausdrücklich vom ärztlichen Berufsgeheimnis und erklärt sich damit einverstanden, dass sämtliche Unterlagen über die zahnärztliche Behandlung, welche zur Beanstandung der Honorarforderung bzw. der fachlichen Arbeit geführt haben, der Begutachtungskommission der Zahnärzte-Gesellschaft des Kantons Bern ausgehändigt werden dürfen (<u>obligatorisch</u>);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bestätigt, dass der Fall bei keiner anderen Kommission / Stelle hängig ist oder bereits beurteilt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

begründet kurz die Beschwerde (sofern nicht bereits erfolgt)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Patientenangaben

Vorname/Name

Strasse

PLZ/Ort

Telefonnummer Privat

Telefonnummer Geschäft

E-Mail

Datum

Unterschrift (ges. Vertreter bei
Minderjährigen)