

SSO Bern

Thunstrasse 82, Postfach 1009
 3000 Bern 6
 Telefon 031 351 82 10
 Fax 031 351 00 65
 E-Mail info@sso-bern.ch
 www.sso-bern.ch

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft
 Société suisse des médecins-dentistes
 Società svizzera odontoiatri
 Swiss Dental Association

SSO**SSO Bern****BESCHWERDEFORMULAR**

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

.....

2. Heute behandelnder resp. nachbehandelnder Zahnarzt/Zahnärztin (falls gewechselt)
 (Vorname/Nachname):

.....

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

.....

	JA	NEIN
erklärt, dass er/sie bereits erfolglos mit seinem/ihrer Zahnarzt 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 eine Kopie der Beschwerde erhält und zu den Beanstandungen Stellung nehmen muss;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(bitte wenden)

JA **NEIN**

entbindet alle unter Ziff. 1 + 2 genannten Zahnärzte 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 (obligatorisch)

begründet kurz die Beschwerde (sofern nicht bereits erfolgt)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Patientenangaben

Vorname/Name

Strasse

PLZ/Ort

Telefonnummer Privat

Telefonnummer Geschäft

Datum

Unterschrift