

**NAME:** .....

**ADRESSE:**.....

**Geburtsdatum:** .....

**Tel. Nr.:** .....

**FAX Nr.:**.....

**E-Mail:**.....

Datum .....

An die  
Landeszahnärztekammer für Salzburg  
Patientenschlichtungsstelle  
Rochusgasse 4  
5020 Salzburg

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich möchte folgende Beschwerde eine Zahnbehandlung betreffend einbringen:

**1) Behandelnder Zahnarzt/Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde/Dentist**

(gegen den die Beschwerde geführt wird):

**Name:** ..... **Tel. Nr.:** .....

**Adresse**.....

**2) Allfällige weitere vor- und nachbehandelnde Zahnärzte/Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde/Dentisten:**

(Name, Anschrift, Telefon)

.....

.....

**3) Art der zahnärztlichen Behandlung (Prothetik, Füllungen, Chirurgie, Sonstiges):**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Füllung(en)           | <input type="checkbox"/> Zahntentfernung(en) | <input type="checkbox"/> Zahnimplantate |
| <input type="checkbox"/> Krone(n) / Brücke (n) | <input type="checkbox"/> Prothetik           | <input type="checkbox"/> Sonstiges      |

**4) Behandlungsbeginn und Dauer:**

vom..... bis .....

letzter Besuch beim behandelnden Zahnarzt/Facharzt für ZMK/Dentisten:

.....

**5) Genauer Ablauf der Behandlung (ausführliche Darstellung - gegebenenfalls zusätzliches Blatt beilegen):**

.....  
.....  
.....  
.....

**6) Konkrete Beschwerdeursache (Begründung):**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**7) Forderung:**

.....  
.....

**8) Höhe des Honorars für die Zahnbehandlung:**

Zutreffendes bitte ankreuzen

**Bezahlt:  ja /  nein**

**9) Vorliegen eines schriftlichen Heilkostenplanes (Kostenvoranschlag):**

Zutreffendes bitte ankreuzen

**ja /  nein**

**10) Besteht seitens des Patienten eine Rechtsschutzversicherung?**

Zutreffendes bitte ankreuzen

**ja /  nein**

Versicherungsanstalt: .....

Polizzen Nr.: .....

**11) Sind Sie vor Befassung der Landespatientenschlichtungskommission mit der Anrufung der Beratungsstelle einverstanden?**

Zutreffendes bitte ankreuzen

**ja /  nein**

**12) Stimmen Sie einem Schlichtungsverfahren zu?**

Zutreffendes bitte ankreuzen

**ja /  nein**

**13) Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten an die Mitglieder der Patientenschlichtungsstelle und an die Gutachter weitergegeben werden, soweit es zur Bearbeitung des Falles erforderlich ist. Insoweit ärztliche Unterlagen eingeholt werden**

**müssen, entbinde ich die betreffenden Stellen von der Verschwiegenheitspflicht.**

**14) Ich bin sozialversichert bei:.....**

**Meine Sozialversicherungsnummer lautet:**

.....

**15) Ich erkläre, dass ich vor Beendigung des Schlichtungsverfahrens kein zivilgerichtliches Verfahren einleiten werde.**

**16) Ich nehme zur Kenntnis, dass von dem Tag an, an welchem mein schriftliches Ersuchen um Vermittlung an die zahnärztliche Patientenschlichtungsstelle einlangt, der Fortlauf der Verjährungsfrist für Schadenersatzforderungen gehemmt ist (§ 41 Zahnärztegesetz).**

.....

(Datum)

.....

(Unterschrift)