

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: 0 ja / 0 nein

9) Vorliegen eines schriftlichen Heilkostenplanes (Kostenvoranschlag):

Zutreffendes bitte ankreuzen

0 ja / 0 nein

10) Besteht seitens des Patienten eine Rechtsschutzversicherung?

Zutreffendes bitte ankreuzen

0 ja / 0 nein

Versicherungsanstalt:

Polizzen Nr.:

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

0 ja / 0 nein

12) Stimmen Sie einem Schlichtungsverfahren zu?

Zutreffendes bitte ankreuzen

0 ja / 0 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 in obiger Angelegenheit kein gerichtliches Verfahren anhängig war oder ist und dass ich vor Beendigung des Schlichtungsverfahrens kein gerichtliches 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)