BESCHWERDEBERICHT

Name, Adresse, Tel.Nr.
der Patientin/des Patienten:

Name der Zahnärztin:
Name des Zahnarztes:

Beschwerdeursache:

Behandlungsdauer Beginn: Ende:

Vorbehandler:

Nachbehandler:

Behandlungsart: Prothetik – Chirurgisch – Konservierend – Regulierung – Parodontalbeh.

Behandlungsverlauf (gegebenenfalls Beiblatt verwenden):

Bezahlte Beträge:

Ansprüche:

Bereitschaft Zahnarzt wieder zu konsultieren / bzw. Gesprächsbereitschaft:

Ich erteile meine Zustimmung, dass meine personenbezogenen Daten, nämlich (Name, Adresse, Telefonnummer, Gesundheitsdaten zum Beschwerdefall) zum Zweck der außergerichtlichen Patientenschlichtung gemäß § 41 Zahnärztegesetz durch die Landeszahnärztekammer für Wien verarbeitet werden und zum Zweck der Abwicklung des Beschwerdefalls dem Beschwerdegegner oder dessen Rechtsvertreter, Vor- und Nachbehandlern, der Wiener PatientInnenanwaltschaft, der Berufshaftpflichtversicherung des Beschwerdegegners übermittelt werden dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit bei der Landeszahnärztekammer für Wien, Kohlmarkt 11/6, 1010 Wien widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Datum: Unterschrift: