

**Zahnärztliche Schlichtungsstelle
Beratungsstelle
Parteienverkehr ausschließlich Mittwoch
10.00-12.00, 14.00-16.00 Uhr**

Telefon 01/513 23 39 täglich von 9.00-11.00 Uhr

BESCHWERDEBERICHT

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

Name der Zahnärztin:

Name des Zahnarztes:

Beschwerdeursache:

Behandlungsdauer

Beginn:

Ende:

Vorbehandler:

Nachbehandler:

BITTE WENDEN

Behandlungsart:

- Zahnersatz: Prothetik, Kronen, Brücken
- Chirurgie: Implantate,
- Konservierend
- Regulierung
- Parodontalbehandlung

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 Landes Zahnärztekammer für Wien verarbeitet werden und zum Zweck der Abwicklung des Beschwerdefalls dem Beschwerdegegner oder dessen Rechtsvertreter, Vor- und Nachbehandlern, der Wiener PatientInnenanwaltschaft, der Berufshaftpflicht-versicherung des Beschwerdegegners übermittelt werden dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit bei der Landes Zahnärztekammer für Wien, Kohlmarkt 11/6, 1010 Wien widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Datum:

Unterschrift: