

**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 bzw.  
Zahnärztin/Fachärztin für Zahn-, Mund- und  
Kieferheilkunde/Dentist**

(gegen den die Beschwerde geführt wird):

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

**Adresse:**.....

**2) Allfällige weitere vor- und nachbehandelnde  
ZahnärztInnen/FachärztInnen 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 bei der/dem zahnärztlichen BehandlerIn:

.....

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

**Meine Sozialversicherungsnummer lautet:**

.....

**11) Besteht seitens des Patienten/der Patientin eine Rechtsschutzversicherung?**

Zutreffendes bitte ankreuzen

**0 ja    /    0 nein**

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

**0 ja    /    0 nein**

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

**0 ja    /    0 nein**

**14) Ich nehme zur Kenntnis, dass gemäß Patientenschlichtungsordnung ein Schlichtungsverfahren nur bei Zustimmung beider Parteien durchführbar ist.**

- 15) 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.**
- 16) 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.**
- 17) 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)