

## GESUCH UM BEURTEILUNG ZBK

1. Beschwerde gegen Zahnarzt / Zahnärztin (Vorname/Nachname):

.....

2. Alle nachbehandelnden Zahnärzte / Zahnärztinnen und Zahnkliniken, namentlich  
aber nicht abschliessend (Vorname/Nachname/Ort):

.....

3. Der Patient / die Patientin (Vorname/Nachname):

.....

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | JA                       | NEIN                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| erklärt, dass er / sie bereits erfolglos mit dem Zahnarzt / der Zahnärztin<br>persönlich einen mündlichen oder schriftlichen Verständigungsversuch<br>unternommen hat ( <u>obligatorisch</u> );                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> |                          |
| beanstandet die zahnärztliche Honorarrechnung betragsmässig;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beanstandet die fachliche Arbeit des Zahnarztes;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| legt die spezifizierte Honorarrechnung bei (sofern nicht bereits erfolgt);                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nimmt zur Kenntnis, dass der betroffene Zahnarzt / die betroffene<br>Zahnärztin eine Kopie der Beschwerde erhält und zu den Beanstandungen<br>Stellung nehmen muss ( <u>obligatorisch</u> );                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> |                          |
| entbindet alle unter Ziff. 1 + 2 genannten Zahnärzte / Zahnärztinnen<br>ausdrücklich vom ärztlichen Berufsgeheimnis und erklärt sich damit<br>einverstanden, dass sämtliche Unterlagen über die zahnärztliche<br>Behandlung, welche zur Beanstandung der Honorarforderung bzw. der<br>fachlichen Arbeit geführt haben, der Begutachungskommission der<br>Zahnärzte-Gesellschaft des Kantons Solothurn ausgehändigt werden<br>dürfen ( <u>obligatorisch</u> ); | <input type="checkbox"/> |                          |
| bestätigt, dass der Fall bei keiner anderen Kommission / Stelle hängig ist<br>oder bereits beurteilt wurde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

begründet kurz die Beschwerde (sofern nicht bereits erfolgt)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

Es wird darauf verwiesen, dass eine Begutachtung eine Kostenvorschusspflicht von Fr. 300.-- auslöst, wobei weitere Kosten beim Auftraggeber bzw. der Auftraggeberin nicht anfallen.

Der Auftraggeber bzw. die Auftraggeberin nimmt ausdrücklich zustimmend zur Kenntnis, dass die im Zusammenhang mit dem hier erteilten Auftrag ausgetauschten Unterlagen und Dokumente elektronisch archiviert werden. Zudem ermächtigt der Auftraggeber bzw. die Auftraggeberin, die Korrespondenz inkl. der Übermittlung von Dokumenten per E-Mail abzuwickeln und nimmt zur Kenntnis, dass das Kommunikationssystem keine absolute Vertraulichkeit gewährleisten kann, unter Entbindung der ZBK von jeglicher Schadenersatzpflicht, die sich aus dem Gebrauch von E-Mail ergibt.

Das zu erstellende Gutachten versteht sich als Schlichtungsvorschlag. Im Falle einer Nichteinigung steht der Weg an die zuständigen Zivilgerichte offen.

### **Patientenangaben**

**Vorname/Name** .....

**Strasse** .....

**PLZ/Ort** .....

**Telefonnummer Privat** .....

**Telefonnummer Geschäft** .....

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

**Datum** .....

**Unterschrift (ges. Vertreter bei  
Minderjährigen)** .....