

EINSPRACHEFORMULAR

Der/die Unterzeichnende
(Name/Vorname):

JA NEIN

.....

erklärt, dass er/sie bereits erfolglos mit seinem/ihrer
Zahnarzt persönlich einen mündlichen oder schriftlichen
Verständigungsversuch unternommen hat (obligatorisch);

beanstandet die zahnärztliche Honorarrechnung betragsmässig;

beanstandet die fachliche Arbeit des Zahnarztes;

legt die spezifizierte Honorarrechnung bei (sofern nicht bereits erfolgt);

nimmt zur Kenntnis, dass der betroffene Zahnarzt eine Kopie der
Beschwerde erhält und zu den Beanstandungen Stellung nehmen muss;

(bitte zutreffendes ankreuzen)

JA NEIN

entbindet Herrn/Frau Dr.med.dent.(obligatorisch)
(Name/Vorname/Adresse)

.....

ausdrücklich vom ärztlichen Berufsgeheimnis und erklärt sich damit einverstanden, dass sämtliche Unterlagen über die zahnärztliche Behandlung, welche zur Beanstandung der Honorarforderung bzw. der fachlichen Arbeit geführt haben, der Begutachungskommission der Graubündner Zahnärztesgesellschaft (GZG) ausgehändigt werden dürfen;

.....

begründet kurz die Einsprache (sofern nicht bereits erfolgt):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Patient:Name/Vorname/Adresse

.....

Patient:Telefonnummer Privat

Patient:Telefonnummer Geschäft

Patient:E-Mail-Adresse

Patient Unterschrift

Datum