

Beschwerdeformular Zahnärzte

Patienten- und Behindertenanwaltschaft Burgenland
Technologiezentrum Eisenstadt, Bauteil 5 – EG, Marktstraße 3, 7000 Eisenstadt
Tel.: 057/600-2153; Fax: 057/600-2171, post.patientenanwalt@bgld.gv.at

<u>Patientendaten:</u>	
Zuname:	
Vorname	
Geburtsdatum/SVNR:	
Adresse:	
Telefon:	
Zuständige Krankenkasse:	
Fax:	
Mail:	

<u>Daten Einschreiter:</u>	
Zuname:	
Vorname	
Verhältnis zum Patienten: (zB. Mutter /Vater oder Sohn/Tochter etc.)	
Geburtsdatum/SVNR:	
Adresse:	
Telefon:	
Fax:	
Mail:	

<u>Behandelnde/r Zahnärztin/Zahnarzt:</u>	
Zuname:	
Vorname	
Ort:	

Behandlungsbeginn:	
Behandlungsende:	
Zahl der ZA-Besuche:	
<u>Bitte vorhandene Heilkostenpläne, Befunde, Honorarnoten, Zahlungsbelege etc. beilegen!</u>	

Bitte ankreu- zen	<u>Art der Zahnbehandlung/Beschwerdegrund</u>
	Füllung/Plombe
	Zahntfernung
	Wurzelbehandlung
	Krone/Brücke
	Prothese
	Zahnimplantat
	Kieferorthopädie
	Zahnspange
	Narkose/Betäubung
	Unfreundlichkeit
	Termin
	Honorarhöhe
	Sonstiges:

Beschreibung des Problems bzw. was Ihrer Meinung nach nicht richtig gemacht wurde:

Hinweis: Im Falle einer handschriftlichen Darlegung, verwenden Sie bitte ein Bei-
blatt

Auswahl an möglichen zahnmedizinischen Problemen:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| • Schmerzen, Schwellung | • Infektion |
| • Karies | • Entzündung |
| • Beherdung | • Wärme-/Kälteempfinden |
| • Blutung | • Lockerung |
| • Unverträglichkeit des Materials | • Prothesenbruch |
| • allergische Reaktion | • Druckschmerzen |
| • Verletzung durch Zahnarzt, z.B. | • Prothese zu groß oder zu klein |
| ○ Kiefer, Wange, | • Ästhetik (z.B. Farbe) |
| ○ Zunge, Gaumen, | • Implantatverlust |
| ○ Lippe, Nerven | • Material vergessen |
| • Beschädigung von Zähnen | • Sonstiges |

Eventuell notwendige Nachbehandlung durch

Zuname:	
Vorname	
Adresse:	

Bitte Befunde, Honorarnote etc. beilegen!

Honorar/Aufklärung:

Kostenübernahme durch Krankenkasse:	(zur Gänze/teilweise/nein)
Höhe des Privathonorars:	
Bezahlt	(ja/nein/teilweise):
Gibt es einen Kostenvoranschlag	(ja/nein):
Wurden Sie auf die Honorarhöhe hingewiesen?	(Ja/nein/unvollständig)
Liegt ein schriftlicher Heilplan vor?	(ja/nein)
Wurden Sie über die Zahnbehandlung aufgeklärt	(mündlich/schriftlich/unvollständig/überhaupt nicht)

Bitte ankreuzen	<u>Mein Anliegen:</u>
	Schadenersatz/Schmerzensgeld
	Kostenlose Nachbehandlung
	Preisminderung
	Neuanfertigung
	Aussprache mit Zahnärztin/Zahnarzt
	Honorar - Rückerstattung
	Sonstiges:

Wenn möglich, markieren Sie bitte die Zähne, die Ihrer Meinung nach schlecht behandelt wurden bzw. den Bereich, in welchem eine Brücke, Stiftzahn, Krone, Implantat oder Prothese angefertigt wurde

OBERKIEFER RECHTS	OBERKIEFER LINKS
UNTERKIEFER RECHTS	UNTERKIEFER LINKS

ACHTUNG: Nächste Seite (Ermächtigung) unbedingt ausfüllen und eigenhändig unterschreiben!

Ich ermächtige die

Patienten- und Behindertenanwaltschaft Burgenland

soweit dies zur Bearbeitung meiner Beschwerde gegen _____
erforderlich ist,

in alle meine Person betreffenden Krankengeschichten und sonstigen Dokumentationen bei Krankenanstalten, Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Ärzten, Zahnärzten und sonstigen Gesundheitseinrichtungen bzw. im Gesundheits-, Pflege und Behindertenwesen tätigen Personen bzw. deren Standesvertretungen bzw. in Akten bei Behörden, Gerichten, Sozialversicherungsträgern, Interessensvertretungen, Haftpflichtversicherungen, Rechtsanwälten und sonstigen Einrichtungen volle Einsicht zu nehmen,

weilers in meinem Namen Auskünfte und Stellungnahmen bei zuvor genannten Einrichtungen und Personen einzuholen und Korrespondenzen zu führen und

nach Rücksprache mit mir außergerichtliche Schadensregulierungen durchzuführen und sonstige Veranlassungen zur Streitbereinigung zu treffen.

Datenschutzrechtliche Erklärung:

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die Patienten- und Behindertenanwaltschaft meine persönlichen Daten und auch meine Gesundheitsdaten unter Beachtung aller datenschutzrechtlichen Bestimmungen elektronisch verarbeitet.

Die Datenverarbeitung dient ausschließlich der Bearbeitung meiner Beschwerde bzw. meines Vorbringens.

Ich nehme daher zur Kenntnis, dass die Patienten- und Behindertenanwaltschaft meine Beschwerde in einem ersten Schritt an die von meiner Beschwerde/meinem Vorbringen betroffenen Einrichtungen oder Personen zur Stellungnahme weiterleiten und die erforderlichen Unterlagen anfordern wird, weiters dass es zur Bearbeitung notwendig sein kann, Informationen bei anderen Einrichtungen/Personen, wie zB. Sozialversicherungsträgern und sonstigen von mir in Anspruch genommenen Gesundheitseinrichtungen, einzuholen. Diese Einrichtungen oder Personen entbinde ich daher ausdrücklich von ihrer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht.

Weiters erkläre ich, dass in dieser Angelegenheit kein Gerichtsverfahren anhängig ist und kein Rechtsanwalt eingeschaltet wurde.

Vorhandene Befunde von Vor- oder Nachbehandlern, Heilkostenplan, Honorarnote, Zahlungsbelege oder sonstige Unterlagen lege ich bei bzw. werde ich umgehend übermitteln.

Die Hinweise auf der nächsten Seite habe ich gelesen, verstanden und erkläre ich mich mit diesen einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Hinweise

Allgemeines:

Da Ihre Krankengeschichte und Ihre Gesundheitsdaten bzw. die Daten der/des Vertretenen dem Datenschutz unterliegen, ist diese Ermächtigung für die Bearbeitung Ihrer Beschwerde/Ihres Vorbringens notwendig.

Vertretung von Patientinnen/Patienten:

Jugendliche ab Vollendung des 14. Lebensjahres müssen mit der Weitergabe ihrer Daten an die gesetzlichen Vertreter/innen einverstanden sein. Zum Zeichen dieses Einverständnisses wird auch die/der Jugendliche ersucht, die Vollmacht zu unterzeichnen.

Widerruf:

Sie können diese Vollmacht jederzeit schriftlich oder mündlich – auch telefonisch – widerrufen. Damit beendet die Patienten- und Behindertenanwaltschaft ihre Tätigkeit.

Verjährung:

Sollten Sie entgegen dem Prüfungsergebnis durch die PAB dennoch von einem Behandlungsfehler einer Gesundheitseinrichtung ausgehen und Schadenersatzansprüche geltend machen wollen, informieren wir Sie darüber, dass Schadenersatzansprüche innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren ab Kenntnis von Schaden und Schädiger bei Gericht eingeklagt werden müssten, sonst verjährt Ihr Anspruch. Vor Einbringung einer Klage empfehlen wir eine rechtsanwaltliche Beratung.

Rechtsschutzversicherung:

Sofern Sie eine Rechtsschutzversicherung haben, beachten Sie bitte allfällige im Versicherungsvertrag festgelegte besondere Meldepflichten und Fristen.

Gerichtsverfahren – Rechtsanwalt - Medien

Sollten Sie während der Tätigkeit der PAB ein Gerichtsverfahren einleiten oder einen Rechtsanwalt einschalten, ersuchen wir um eine umgehende Information. In solchen Fällen wird die PAB ihre Tätigkeit einstellen. Gleiches gilt für den Fall einer Medieneinschaltung ohne Rücksprache mit der PAB.

Vorgangsweise der PAB

Die PAB wird Ihre Beschwerde/Ihr Vorbringen in einem ersten Schritt an die betroffenen Einrichtungen oder Personen zur Stellungnahme weiterleiten und die erforderlichen Unterlagen anfordern. Die Stellungnahme und Unterlagen werden Ihnen nach Einlangen übermittelt werden. Gleichzeitig werden Sie zu einem Gespräch über die Sach- und Rechtslage bzw. über die Festlegung der weiteren Vorgangsweise eingeladen werden.