

Reklamacja u dentysty

[Miejscowość], [data]

[Imię i nazwisko]

[Adres]

[Telefon / e-mail]

[Nazwa gabinetu albo podmiotu leczniczego]

[Adres]

REKLAMACJA USŁUGI STOMATOLOGICZNEJ

[Numer umowy / karty pacjenta: [numer]]

Składam reklamację dotyczącą leczenia stomatologicznego wykonanego w dniu [data] przez [imię i nazwisko lekarza]. Zakres: [opis zabiegu, zęb, rodzaj wypełnienia albo protezy]. Zapłacono [kwota] zł.

[Opisz sprawę: wypadnięcie wypełnienia po [okres], ból utrzymujący się po zabiegu, proteza albo korona niepasująca mimo poprawek, leczenie inne niż uzgodnione w planie leczenia, koszt wyższy niż przedstawiony kosztorys.]

Podstawa: nienależyte wykonanie zobowiązania (art. 471 Kodeksu cywilnego) oraz prawa pacjenta określone w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w szczególności prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz prawo do dokumentacji medycznej.

Wnoszę o

1. Rozpatrzenie sprawy i przedstawienie pisemnego stanowiska wraz z uzasadnieniem.
2. [Zwrot zapłaconej kwoty [kwota] zł / ponowne wykonanie świadczenia bez dodatkowej opłaty / pokrycie kosztów, które musiałem(-am) ponieść w innej placówce w kwocie [kwota] zł].
3. Udostępnienie kopii mojej dokumentacji medycznej dotyczącej opisanych świadczeń.
4. Przedstawienie planu leczenia i kosztorysu, na podstawie których wykonano zabieg.

Wyznaczam termin 30 dni od dnia doręczenia niniejszego pisma na udzielenie odpowiedzi. Zwrot środków proszę przekazać na rachunek nr [numer rachunku].

Załączniki: dowód zapłaty, umowa albo potwierdzenie wizyty, dokumentacja medyczna, [opinia innego lekarza, zdjęcia].

[Podpis]

[Imię i nazwisko]