

Klachtenformulier (voor de patiënt)

Wij verzoeken u dit formulier in zijn geheel in te vullen.

Uw gegevens (degene die de klacht indient)

Naam : _____ M V

Adres : _____

Postcode : _____

Woonplaats : _____

Telefoonnummer : _____

E-mail adres : _____

Gegevens van de patiënt (dit kan iemand anders zijn dan de indiener)

Naam : _____

Geboortedatum : _____

Indien van toepassing, relatie tussen indiener en patiënt (bijv. ouder, partner) : _____

Aard van de klacht

Datum gebeurtenis : _____ Tijdstip : _____

De klacht gaat over *(meerdere keuzes mogelijk)*:

medisch handelen van medewerker

sociaal handelen van medewerker

organisatie praktijk

administratieve of financiële afhandeling

iets anders, nl. : _____

Omschrijving van de klacht en tegen wie deze is gericht

Terugkoppeling

Wenst u op de hoogte gebracht te worden van de afhandeling van uw klacht?

Nee

Ja

Zo ja, op welke manier wenst u dit?

per e-mail

per brief

telefonisch

in een persoonlijk gesprek

Datum indienen klacht:

Naam en handtekening indiener: