

## Klachtenformulier

|   |     |
|---|-----|
| <b>Uw gegevens</b> (degene die de klacht indient) |     |
| Naam:   | M/V |
| Adres:  |     |
| Postcode en woonplaats:                           |     |
| Telefoonnummer:                                   |     |

|   |
|---|
| <b>Gegevens van de patiënt</b> (dit kan iemand anders zijn dan de indiener) |
| Naam van de patiënt:  |
| Geboortedatum van de patiënt:   |
| Relatie tussen de indiener en de patiënt (bijv. ouder, kind, echtgenoot):   |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Aard van de klacht</b>  |           |
| Datum gebeurtenis:   | Tijdstip: |
| De klacht gaat over (meerdere keuzes mogelijk):  |           |
| <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Medisch handelen van medewerker</li><li><input type="radio"/> Bejegening door medewerker (= de manier waarop de medewerker tegen u praat of met u omgaat)</li><li><input type="radio"/> Organisatie huisartsenpraktijk (= de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn)</li><li><input type="radio"/> Administratieve of financiële afhandeling</li><li><input type="radio"/> Iets anders</li></ul> |           |
| Omschrijving van de klacht:  |           |
| Wilt u dat wij over deze melding contact met u opnemen? Ja / nee   |           |

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij de assistente of in de brievenbus deponeren. Wij nemen binnen 2 weken telefonisch of schriftelijk contact met u op indien u dat heeft aangegeven.