

KLACHTENFORMULIER

Wij vinden het belangrijk dat u tevreden bent over onze zorg en dienstverlening. Bent u niet tevreden of is er iets niet goed gegaan? Dan kunt u dit met dit formulier bij ons kenbaar maken.

Wat kunt u van ons verwachten?

Binnen één week na ontvangst van uw klacht ontvangt u van ons een schriftelijke ontvangstbevestiging. Vervolgens ontvangt u binnen drie weken na de ontvangstbevestiging een inhoudelijke reactie op uw klacht.

1. UW GEGEVENS

Degene die de klacht indient

Naam: _____ ☐ m ☐ v

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

2. GEGEVENS VAN DE PATIËNT

Dit kan iemand anders zijn dan degene die de klacht indient.

Naam patiënt: _____ ☐ m ☐ v

Geboortedatum: _____

Relatie tot patiënt: _____

Bijvoorbeeld ouder, partner, kind, mantelzorger.

3. GEGEVENS VAN DE GEBEURTENIS

Datum: _____ **Tijdstip:** _____

Naam medewerker (indien bekend): _____

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

☐ Medisch handelen van een medewerker

☐ Bejegening door een medewerker

De manier waarop de medewerker tegen u praat of met u omgaat.

☐ Organisatie van de praktijk

De manier waarop zaken binnen de praktijk zijn geregeld.

☐ Administratieve of financiële afhandeling

☐ Iets anders, namelijk: _____

