

Klachtenformulier voor de patiënt

-graag helemaal invullen-

Uw gegevens (degene die de klacht indient)

Naam: _____ M/V

Adres: _____

Postcode + woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

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

Naam van de patiënt: _____

Geboortedatum patiënt: _____

Relatie tussen de indiener en de patiënt (bijv. ouder, echtgenote): _____

Aard van de klacht

Datum gebeurtenis: _____

Tijdstip: _____

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

- ☐ medisch handelen van medewerker
- ☐ bejegening _____ door _____ medewerker
(= de manier waarop de medewerker tegen u praat of met u omgaat)
- ☐ organisatie _____ huisartsenpraktijk
(= de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn)
- ☐ administratieve of financiële afhandeling
- ☐ iets anders

Z.O.Z.

Omschrijving van de klacht:

De klachten coördinator neemt binnen een week telefonisch of schriftelijk contact met u op

Invullen door medewerker praktijk

Inge vulde formulier afgegeven bij:

Volgnummer			
------------	--	--	--

.....

Datum:

.....

Wilt u hulp bij het indienen van uw klacht of deze rechtstreeks indienen bij de klachtencommissie?

Stichting Klachten & Geschillen Eerstelijnszorg
Postbus 8018
5601 KA Eindhoven
088-0229100
info@skge.nl