

|  |
| --- |
| **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 van de 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 |
| Omschrijving van de klacht: |

|  |
| --- |
| U kunt het ingevulde formulier afgeven aan de balie.   Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op. |

|  |
| --- |
| De huisartsenpraktijk is aangesloten bij:  **Klachtencommissie Klachtencommissie Huisartsenzorg Zuid-Nederland Postbus 197 5600 AD Eindhoven. Tel: 040-2122780**  Wilt u hulp bij het indienen van uw klacht? Bel dan met het Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG) in uw regio, telefoon: 0900-2437070 |