

|  |
| --- |
| **Klachtenformulier voor de patiënt***-graag helemaal invullen-* |

|  |
| --- |
| **Uw gegevens** (degene die de klacht indient) |
| Naam: M/VAdres: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:**KlachtencommissieKlachtencommissie Huisartsenzorg Zuid-NederlandPostbus 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 |