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

|  |
| --- |
| **Uw gegevens** (degene die de klacht indient)Naam: Adres: M/VPostcode + woonplaats:Telefoonnummer: |

|  |
| --- |
| **Gegevens van de patiënt** (dit kan ook de vertegenwoordiger of nabestaande van de patiënt zijn)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)*Afbeeldingsresultaat voor vierkant medisch handelen van medewerkerAfbeeldingsresultaat voor vierkant bejegening door medewerker (de manier waarop de medewerker tegen u praat of met u omgaat)Afbeeldingsresultaat voor vierkant organisatie huisartsenpraktijk(de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn)Afbeeldingsresultaat voor vierkant administratieve of financiële afhandelingAfbeeldingsresultaat voor vierkant iets anders |

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

|  |
| --- |
| U kunt het ingevulde formulier afgeven bij:Medisch centrum de DaalakkerKlaproosstraat 60A5571 JH BergeijkWij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op. |

|  |
| --- |
| De Klaproos is aangesloten bij de Klachtenregeling Zuid Nederland:**Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE)**www.klachtenhuisarts.nlTel. 040-2122780 |