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

|  |
| --- |
| **Uw gegevens** (degene die de klacht indient)  Naam:  Adres: M/V  Postcode + 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 medewerker Afbeeldingsresultaat 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 afhandeling Afbeeldingsresultaat voor vierkant iets anders |

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

|  |
| --- |
| U kunt het ingevulde formulier afgeven bij:  Medisch centrum de Daalakker Klaproosstraat 60A 5571 JH Bergeijk  Wij 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.nl  Tel. 040-2122780 |