

KLACHTENFORMULIER



Datum opstellen: 08-09-2015	Documenteigenaar: PH Bestemd voor: Patiënt of vertegenwoordiger van patiënt
-----------------------------	--

Wij verzoeken u dit formulier geheel in te vullen.

Uw gegevens (degene die de klacht indient)

Naam: M / V

Adres:

Postcode + woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

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

Naam: M / V

Geboortedatum:

Indien van toepassing, relatie tussen indiener en patiënt (bijv. ouder, partner):

.....

Aard van de klacht

Datum gebeurtenis: Tijdstip:

De klacht gaat over (meerdere keuzes mogelijk):

- medisch handelen van medewerker
- sociaal handelen van medewerker
- communicatie
- organisatie praktijk
- administratieve of financiële afhandeling
- iets anders, nl.

Omschrijving van de klacht en tegen wie deze is gericht

Terugkoppeling

Wenst u op de hoogte gebracht te worden van de afhandeling van uw klacht?

- Ja Nee

Zo ja, op welke manier wenst u dit?

- per e-mail
 per brief
 telefonisch
 in een persoonlijk gesprek

Datum:

Naam en handtekening indiener: