

**KLACHTENFORMULIER**

Graag helemaal invullen

Uw gegevens (degene die de klacht indient)

Naam:	Geslacht: ☐ M / ☐ V
Adres:	
Postcode + woonplaats:	
Telefoonnummer:	
Mailadres:	

Patiëntgegevens (Dit kan ook de vertegenwoordiger of nabestaande van de patiënt zijn)

Naam van de patiënt:	
Geboortedatum van de patiënt:	
Relatie tussen indiener en de patiënt (bijv. ouder/echtgenote):	

Omschrijving van uw klacht

Datum gebeurtenis:	Tijdstip
--------------------	----------

Beschrijf hieronder waarom u niet tevreden bent. Ter ondersteuning kunt u de volgende vragen gebruiken:

- Wat is er gebeurd?
- Waren en anderen bij betrokken?
- Heeft u al met iemand over uw klacht gesproken?

Omschrijving van de klacht:

Vervolg omschrijving van de klacht:

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij:

De praktijkassistent Naam:

Wij nemen daarna telefonisch/schriftelijk/ per mail (beveiligd) contact met u op.

De huisartsenpraktijk is aangesloten bij Stichting Klachten & Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE)