Klachtenformulier voor de patiënt

Vult u alstublieft het hele formulier in.

**Uw gegevens (degene die de klacht indient)**

Naam: ………………………………………………………………………………………………… M/V..

Adres:………………………………………………………………………………………………………………

Postcode en woonplaats: …………………………………………………………………………………….

Telefoonnummer:…………………………………………………………………………………………….

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

Naam van de patiënt: ……………………………………………………………………………………….

Geboortedatum patiënt: …………………………………………………………………………………..

Relatie tussen indiener en patiënt: (bv ouder, echtgenote)………………………………..

**Aard van de klacht:**

Datum gebeurtenis:……………………………. Tijdstip: ………………………………..

**De klacht gaat over (meerdere keuzes mogelijk, omcirkel de cijfers)**

1. Medisch handelen van medewerker
2. Bejegening door medewerker (= manier waarop medewerker tegen u praat of met u omgaat)
3. Organisatie huisartsenpraktijk (= de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn)
4. Administratieve of financiële afhandeling
5. Iets anders

**Omschrijving van de klacht:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij:

B.L.G.M Lempers, huisarts, klachten coördinator

Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

De huisartsenpraktijk is aangesloten bij:

Stichting Klachten & Geschillen Eerstelijnszorg

Postbus 8018

5601 KA Eindhoven

Wilt u hulp bij het indienen van uw klacht? Bel dan met het Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG) in uw regio, telefoon: 0900-2437070