

Klachtenformulier voor de patiënt

-graag helemaal invullen-

Uw gegevens (degene die de klacht indient)

Naam: _____ M/V
Adres: _____
Postcode + woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____

Gegevens van de patiënt (dit kan ook de vertegenwoordiger of nabestaande van de patiënt zijn)

Naam van de patiënt: _____
Geboortedatum 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*):

- medisch handelen van medewerker
- bejegening door medewerker
(= de manier waarop de medewerker tegen u praat of met u omgaat)
- organisatie huisartsenpraktijk
(= de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn)
- administratieve of financiële afhandeling
- iets anders

Omschrijving van de klacht:

Z.O.Z.

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij, of opsturen naar:

Huisartsenpraktijk De Fontein

Hoofdweg 237

9765CG Paterswolde

050-3091785

Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

De huisartsenvoorziening is aangesloten bij:

Stichting Klachten & Geschillen Eerstelijnszorg

Postbus 8018

5601 KA EINDHOVEN

T: 088- 0229100

(maandag t/m donderdag tussen 09.00 en 17.00 uur en
vrijdag tussen 09.00 en 13.00 uur)

info@skge.nl