NHGsymposiumXxxxxxxxx

Klachtenformulier voor de patiënt

Versie 1.1 - maart 2023

- Graag helemaal invullen -

|  |  |
| --- | --- |
| Uw gegevens ( degene die de klacht indient ) | |
| Naam: | Geslacht: M / V |
| Adres: |  |
| Postcode + woonplaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| Mailadres: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Omschrijving van uw klacht | |
| Datum gebeurtenis: | Tijdstip: |

z.o.z

Omschrijving van de klacht:

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

* Wanneer was de situatie waarover u klaagt?
* Wat is er gebeurd?
* Waren er anderen bij betrokken?
* Is het een klacht van uzelf of klaagt u namens iemand anders?
* Heeft u al met iemand over uw klacht gesproken?

vervolg omschrijving van de klacht:

|  |
| --- |
| U kunt het ingevulde formulier afgeven bij: |
| de assistente aan de balie van de praktijk  Wij nemen daarna telefonisch/schriftelijk/per mail (beveiligd) contact met u op. |
| De huisartsenvoorziening heeft een interne klachtenfunctionaris.  De huisartsenvoorziening is tevens aangesloten bij:  **Stichting Klachten & Geschillen Eerstelijnszorg** Postbus 8018 5601 KA Eindhoven  088 0229100 Maandag t/m donderdag tussen 09.00 en 17.00 uur.  info@skge.nl  [info@skge.nl](mailto:info@skge.nl) |