|  |
| --- |
| 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: | |

|  |
| --- |
| U kunt het ingevulde formulier afgeven bij:  …………………………………………………………………………………………………………………….  Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op. |

|  |
| --- |
| De huisartsenvoorziening is aangesloten bij:  **Klachtencommissie DOKH** Voor meer informatie zie [www.dokh.nl](http://www.dokh.nl) of bel 072 520 83 25 |