Klachtenformulier HAP

Jongejan/vdVelde/vDoorn/vGorp

|  |
| --- |
| 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 iemand anders zijn dan de indiener) |
| 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.* |

|  |
| --- |
| (vervolg omschrijving klacht) |

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

|  |
| --- |
| De huisartsenpraktijk is aangesloten bij: Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg  Postbus 8018  5601 KA Eindhoven  Tel.: 088-0229100  [www.skge.nl](http://www.skge.nl)  info@skge.nl |