

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 de assistente.
Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

Huisartsen Kop van Zuid is aangesloten bij **SKGE**

Stichting Klachten & en Geschillen Eerstelijnszorg

Postbus 8018

5601 KA Eindhoven

088 022 91 90

info@skge.nl

www.skge.nl

Wilt u hulp bij het indienen van uw klacht? Bel dan met Zorgbelang Nederland in uw regio,
telefoon: (088) 929 40 00, of via het internet: www.zorgbelang-nederland.nl