

|  |
| --- |
| **KLACHTENFORMULIER PATIËNT**  (GRAAG HELEMAAL INVULLEN) |
|  |
| **UW GEGEVENS**  (DIEGENE DIE DE KLACHT INDIENT) |
| Naam: Klik of tik om tekst in te voeren.  Adres: Klik of tik om tekst in te voeren.  Postcode + woonplaats: Klik of tik om tekst in te voeren.  Telefoonnummer: Klik of tik om tekst in te voeren.  E-mailadres: Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |
| **GEGEVENS VAN DE PATIËNT**  (DIT KAN IEMAND ANDERS ZIJN DAN DIEGENE DIE DE KLACHT INDIENT) |
| Naam: Klik of tik om tekst in te voeren.  Adres: Klik of tik om tekst in te voeren.  Postcode + woonplaats: Klik of tik om tekst in te voeren.  Telefoonnummer: Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |
| **AARD VAN DE KLACHT** |
| Datum + tijdstip gebeurtenis:  Klik of tik om tekst in te voeren. |
| De klacht gaat over (meerdere opties mogelijk):  Medisch handelen medewerker  Bejegening door medewerker  Organisatie huisartsenpraktijk  Administratieve of financiële afhandeling  Iets anders |
| Omschrijving van de klacht:  Klik of tik om tekst in te voeren.  (ZIE VOLGENDE PAGINA)  Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |
| **AFHANDELING KLACHT** |
| Wij verzoeken u het volledig ingevulde formulier in een gesloten envelop te richten aan “Klachtenfunctionaris Huisartsenpraktijk Baarlo”. U kunt de envelop afgeven aan de balie of per post opsturen naar de praktijk.  U ontvangt een ontvangstbevestiging. Mogelijk wordt er op enig moment telefonisch of schriftelijk contact met u opgenomen. |
|  |
| Huisartsenpraktijk Baarlo is aangesloten bij: **Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland** |