

|  |
| --- |
| **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** |