

HUISARTSENPRAKTIJK
BAARLO

KLACHTENFORMULIER PATIËNT

(GRAAG HELEMAAL INVULLEN)

UW GEGEVENS

(DIEGENE DIE DE KLACHT INDIENT)

Naam:

Adres:

Postcode + woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

GEGEVENS VAN DE PATIËNT

(DIT KAN IEMAND ANDERS ZIJN DAN DIEGENE DIE DE KLACHT INDIENT)

Naam:

Adres:

Postcode + woonplaats:

Telefoonnummer:

AARD VAN DE KLACHT

Datum + tijdstip gebeurtenis:

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:

(ZIE VOLGENDE PAGINA)

(VERVOLG OMSCHRIJVING KLACHT)

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