|  |
| --- |
| Klachtenformulier voor de patiënt*-graag helemaal invullen en ondertekenen-* |

|  |
| --- |
| Uw gegevens (degene die de klacht indient) |
| Naam: M/VAdres:Postcode + woonplaats:Telefoonnummer: |

|  |
| --- |
| Gegevens van de patiënt (dit kan iemand anders zijn dan de indiener)  |
| Naam van de patiënt: M/VGeboortedatum 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 huisarts of medewerker
* bejegening door huisarts of medewerker (= de manier waarop de huisarts of medewerker tegen u praat of met u omgaat)
* indien van toepassing: de naam van degene waarover u een klacht heeft
* organisatie huisartsenpraktijk(= de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn)
* administratieve of financiële afhandeling
* iets anders namelijk:………………………………………………………………….
 |
| **Omschrijving van de klacht:** |

Plaats: ……………………………

Datum inleveren klachtenformulier: ……………………………

Naam indiener klacht: ……………………………

Handtekening:……………………………

|  |
| --- |
| U kunt het ingevulde en ondertekende formulier in een gesloten envelop *t.a.v. Klachtencoördinator Huisartsenpraktijk Turfvaart B.V.* :* *per post opsturen naar onze praktijk of*
* afgeven aan de assistente aan de balie

Wij nemen daarna z.s.m. telefonisch of schriftelijk contact met u op.  |

|  |
| --- |
| Huisartsenpraktijk Turfvaart is aangesloten bij:**SKGE (Stichting Klachten & Geschillen Eerstelijnszorg)** **Postbus 80185601 KA EindhovenTel: 088-0229100** |

Datum ontvangst klachtenformulier:

Per post ontvangen/ afgegeven aan balie/ afgegeven aan medewerker

Formulier in ontvangst genomen door: ***dit blok in te vullen door praktijk***