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

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

|  |
| --- |
| Gegevens van de patiënt (dit kan iemand anders zijn dan de indiener) |
| Naam van de patiënt: M/V  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 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 8018 5601 KA Eindhoven Tel: 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***