

Klachtenformulier

Datum van invullen:

Uw gegevens (degene die de klacht meldt)
Naam: dhr/mw Geboortedatum: Adres: Postcode + woonplaats: Telefoonnummer waarop u het beste bereikbaar bent:

Gegevens van de patiënt (indien dit iemand anders is dan de melder)
Naam van de patiënt: Geboortedatum patiënt: Relatie tussen de melder en de patiënt (bijv. ouder, echtgenote):

Aard van de klacht	
Datum gebeurtenis:	Tijdstip:
De klacht gaat over (meerdere keuzes mogelijk): <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> medisch handelen van medewerker<input type="checkbox"/> bejegening door medewerker (= de manier waarop de medewerker tegen u praat of met u omgaat)<input type="checkbox"/> organisatie huisartsenpraktijk (= de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn)<input type="checkbox"/> administratieve of financiële afhandeling<input type="checkbox"/> iets anders <p style="text-align: center;">Z.O.Z.</p>	

Omschrijving van de klacht:

U kunt het ingevulde formulier afgeven aan de praktijkassistente of versturen naar:
Huisartsenpraktijk Stadsweiden
t.a.v. Klachtencoördinator
Lage Wei 12
3844 NE Harderwijk
hpstadsweiden@gmail.com

Wij nemen daarna zo spoedig mogelijk contact met u op.

De huisartsenpraktijk is aangesloten bij:
Klachtencommissie Huisartsenzorg Midden-Nederland
Postbus 20056
3502 LB Utrecht
Tel: 06-19655861
Email: klachtencommissie@klachtenregelingmiddennederland.nl
www.klachtenregelingmiddennederland.nl

Wilt u hulp bij het indienen van uw klacht? Bel dan met het Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG) in uw regio, telefoon: 0900-2437070