



Klachtenformulier

Wij vragen u dit geheel in te vullen.

Uw gegevens

Naam: _____

Geslacht: Man Vrouw Anders namelijk: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Gegevens van de patiënt

Naam van patiënt: _____

Geboortedatum patiënt: _____

Relatie tussen indiener en de patiënt: _____

Datum gebeurtenis: _____

Tijdstip: _____

Uw klacht

Medisch handelen van medewerker

Bejegening door medewerker (de manier van omgang met u)

Organisatie huisartsenpraktijk (de manier waarop diverse zaken geregeld zijn)

Administratieve of financiële afhandeling

Iets anders:

Omschrijving klacht

Datum: ____ / ____ / _____ Handtekening: _____