|  |
| --- |
| **Uw gegevens** (degene die de klacht indient) |
| Naam: M/VAdres:Postcode en woonplaats:Telefoonnummer: |
|  |
| **Gegevens van de patiënt** (dit kan iemand anders zijn dan de indiener) |
| Naam van de patiënt :Geboortedatum van de patiënt :Relatie tussen de indiener en de patiënt :(bijv. ouder, kind, echtgenoot) |
|  |
| **Aard van de klacht** |
| Datum gebeurtenis: Tijdstip: |
| De klacht gaat over (meerdere keuzes mogelijk):* Medisch handelen van medewerker
* Bejegening door medewerker (= de manier waarop de medewerker tegen u praat of met u omgaat)
* Organisatie huisartsenpraktijk (= de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn)
* Administratieve of financiële afhandeling
* Iets anders
 |
| Omschrijving van de klacht: |
| Wilt u dat wij over deze melding contact met u opnemen? Ja / nee |
|  |
| U kunt het ingevulde formulier afgeven bij de assistente of in de brievenbus deponeren.Wij nemen binnen 2 weken telefonisch of schriftelijk contact met u op indien u dat heeft aangegeven.**Huisartsenpraktijk Kolderveen** |