|  |
| --- |
| **Klachtenformulier voor de patiënt**-Graag helemaal invullen-  |

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

|  |
| --- |
| **Gegevens van de patiënt** (dit kan ook de vertegenwoordiger of nabestaande van de patiënt zijn) |
| Naam van de patiënt: M / V |
| Geboortedatum patiënt: |
| Relatie tussen de indiener en de patiënt (bv. ouder, echtgenote):  |

|  |
| --- |
| **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 afdeling
* Iets ander
 |
| Omschrijving van de klacht: |
| (vervolg omschrijving klacht) |

|  |
| --- |
| **U kunt het ingevulde formulier afgeven bij:**Gezondheidscentrum Batau – Wijkersloott.a.v. Jane Junier – van EdeRichterslaan 52 – 543431AK NieuwegeinOf mailen naar jvanede@ghcbatau.nlWij nemen z.s.m. contact met u op, uiterlijk binnen 14 dagen na ontvangst van het klachtenformulier. |