|  |
| --- |
| **Klachtenformulier voor de patiënt** |

|  |
| --- |
| **Uw gegevens** (degene die de klacht indient) |
| Naam:                                                                                                                          M/VAdres:Postcode + woonplaats:Telefoonnummer:Huisarts: |

|  |  |
| --- | --- |
| **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
 |  |

|  |
| --- |
| **Gegevens van de patiënt** (dit kan iemand anders zijn dan de indiener) |
| Naam van de patiënt:Geboortedatum patiënt:Relatie tussen de indiener en de patiënt (bijv. ouder, echtgenote): |

|  |
| --- |
| Uw klacht (beschrijf hieronder u klacht): |

|  |
| --- |
| Contact opgenomen met patiënt d.d.: Formulier verwerkt door: |

|  |
| --- |
| U kunt het ingevulde formulier afgeven bij onze assistente.Uw huisarts neemt daarna contact met u op.Indien de huisarts en de patiënt er samen niet uit kunnen komen, kan de patiënt de Klachtencommissie Huisartsen Noord-Nederland inschakelen: Klachtencommissie Huisartsen Noord-NederlandPostbus 216 9400 AE Assen T telefoon 0592-243865 [**http://www.skhnn.nl/**](http://www.skhnn.nl/) |

|  |
| --- |
| Formulier ingenomen door: |