

# Klachtenformulier

## Voor de patiënt

Versie April 2024

*-Graag helemaal invullen-*

Uw gegevens (degene die de klacht indient)	
Naam:	
Adres:	
Postcode + woonplaats:	
Telefoonnummer:	
Mailadres:	

Gegevens van de patiënt (Dit kan ook de vertegenwoordiger of nabestaande van patiënt zijn)	
Naam van de patiënt:	
Geboortedatum van de patiënt:	
Relatie tussen de indiener en de patiënt (bijv. Ouder/echtgenote):	

Datum en tijd van uw klacht	
Datum gebeurtenis:	Tijdstip:

De klacht gaat over (kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk)	
<input type="checkbox"/>	Medisch handelen van medewerker.
<input type="checkbox"/>	Bejegening medewerker (manier waarop medewerker met u praat of omgaat)
<input type="checkbox"/>	Organisatie huisartsenpraktijk (manier waarop zaken in de praktijk geregeld zijn)
<input type="checkbox"/>	Administratieve of financiële afhandeling
<input type="checkbox"/>	Anders namelijk:

### Omschrijving van uw klacht

Beschrijf hieronder waarom u niet tevreden bent.

Ter ondersteuning kunt u de volgende vragen gebruiken:

- Wanneer was de situatie waarover u klaagt?
- Wat is er gebeurd?
- Waren er anderen bij betrokken?
- Heeft u al met iemand over uw klacht gesproken?

*Omschrijving van de klacht:*

### Afhandeling klacht:

U kunt het ingevulde formulier in een gesloten envelop t.a.v. de klachtenfunctionaris bij de balie afgeven. De klachtenfunctionaris neemt daarna binnen 14 werkdagen telefonisch/schriftelijk/per mail (beveiligd) contact met u op.

### Geschillencommissie:

De huisartsenpraktijk is aangesloten bij de volgende landelijke geschillencommissie:

*Stichting klachten & Geschillen Eerstelijnszorg*

*Postbus 8018*

*5601KA Eindhoven*

*088 0229100*

[info@skge.nl](mailto:info@skge.nl)

