

Klachtenformulier

Uw gegevens

Wie dient de klacht in?

Naam: M/V

Adres:

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 en omschrijving 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
-

Contact

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.

Huisartsencentrum Axel
De Ruyterstraat 7
4571 BW Axel
0115-561777
