

Klachtenformulier

| | |
|--|--|
| Naam: | |
| Adres: | |
| Postcode en Woonplaats: | |
| Telefoonnummer: | |
| Gegevens van 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, partner) | |

Aard van de klacht

| | |
|---|--|
| Datum gebeurtenis: | |
| Tijdstip gebeurtenis: | |
| Betrokken medewerkers: | |
| De klacht gaat over (meerdere keuzes mogelijk): | <input type="checkbox"/> Medisch handelen van de medewerker <input type="checkbox"/> Bejegening door medewerker <input type="checkbox"/> Organisatie huisartsenpraktijk <input type="checkbox"/> Administratieve of financiële afhandeling <input type="checkbox"/> Anders nl: |

