

Ar Klachtenformulier voor de patiënt

-graag helemaal invullen-

Uw gegevens (degene die de klacht indient)

Naam: M/V
Adres:
Postcode + woonplaats:
Telefoonnummer:

Gegevens van de patiënt (dit kan ook de vertegenwoordiger of nabestaande van de patiënt zijn)

Naam van de patiënt:
Geboortedatum patiënt:
Relatie tussen de indiener en de patiënt (bijv. 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 afhandeling
- iets anders

Omschrijving van de klacht:

Z.O.Z.

(vervolg omschrijving klacht)

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij Huisartsenpraktijk Heerlen-Noord of per mail versturen naar info@hphn.nl

Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

De huisartsenvoorziening is aangesloten bij:

**Stichting klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland. Postbus 8018 5601KA Eindhoven.
Bereikbaar van ma-do tussen 09.00 – 17.00, Tel: 040-2122780. Fax: 040-2126097**

Website: www.skge.nl