

Klachtenformulier huisartsenpraktijk Koolhoven.

*-graag helemaal invullen-*

**Uw gegevens** ( degene die de klacht indient)

Naam:

Adres:

Postcode + Woonplaats:

Telefoonnummer:

**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)

## Aard van de klacht

Datum gebeurtenis:

Tijdstip:

De klacht gaat over (*meerdere keuzes mogelijk*)

- medisch handelen van de medewerker
- bejegening door de medewerker (*is de manier waarop de medewerker tegen u praat of met u omgaat*)
- organisatie huisartsenpraktijk (*is de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn*)
- administratieve of financiële afhandeling
- iets anders

Omschrijving van de klacht:

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij :

.....

Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

De huisartsenpraktijk is aangesloten bij:

Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid Nederland

Postbus 8018

5601 KA Eindhoven

Tel.nr. 040-2122780

De Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland biedt de mogelijkheid tot een onpartijdige behandeling van klachten.

Wilt u hulp bij het indienen van uw klacht? Bel dan met het Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG), telefoon: 0900-2437070