# 

# 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): |

|  |
| --- |
| **Omschrijving klacht:** |

|  |
| --- |
| U kunt het ingevulde formulier afgeven bij de assistente..  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 - 212 27 80  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 |