

KLACHTENFORMULIER PATIËNT

Huisartsenpraktijk

Wij vinden het belangrijk om te weten wanneer u niet tevreden bent.

Met dit formulier kunt u uw klacht beschrijven. Wij nemen daarna contact met u op.

Vul geen BSN in en vermeld alleen medische informatie die noodzakelijk is.

Naam patiënt

Geboortedatum

Telefoonnummer

E-mailadres

Voorkeur voor contact

☐

Telefonisch

☐

Per e-mail

☐

Geen voorkeur

Datum ontstaan klacht

Op wie/waarop betrekking?

Uw klacht

Beschrijf wat er is gebeurd, wanneer dit gebeurde en wat u als vervelend of onjuist heeft ervaren.

Wat verwacht u van de praktijk?

Bijvoorbeeld: een gesprek, uitleg, excuses, aanpassing van de werkwijze of een andere oplossing.

Toestemming en ondertekening

☐ Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken voor de behandeling en registratie van deze klacht.

☐ Ik heb naar waarheid ingevuld wat er is gebeurd.

Datum

Naam patiënt

Opslaan en mailen

1. Vul het formulier in.
2. Kies voor 'Opslaan als' en bewaar het formulier op uw computer of telefoon.
3. Voeg het opgeslagen formulier als bijlage toe aan een e-mail aan de huisartsenpraktijk.

Let op

Dit formulier is niet bedoeld voor spoedeisende medische vragen.

Neem bij spoed telefonisch contact op met de praktijk of bel 112 bij levensgevaar.