



KLACHTEN FORMULIER VOOR CLIENT

(graag volledig invullen)

Uw gegevens (degene die de klacht indient)

Naam: M/V
Adres:
Postcode + woonplaats:
Telefoonnummer:
Evt. e-mailadres:

Gegevens Patient (dit kan iemand anders zijn dan de indiener)

Naam van de patiënt:
Geboortedatum patiënt:
Relatie tussen de indiener en de patiënt (bijv. ouder, echtgenote):

Reden van de klacht

Datum gebeurtenis:

Tijdstip:

De klacht gaat over (meerdere keuzes mogelijk):

- 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:



NURSING ROSE

Omschrijving van de klacht:

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij:

Kobra Khoshkhoei

Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

vul gegevens in over bereikbaarheid en geboden diensten