

Klachtenformulier *(graag helemaal invullen)*

Uw gegevens (degene die de klacht indient)

Naam: Hr. / Mw.* _____
Adres: _____
Postcode + Woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____

Gegevens van de patiënt (alleen invullen indien dit iemand anders is dan diegene die de klacht indient)

Naam van de patiënt: Hr. / Mw.* _____
Geboortedatum van de patiënt: _____
Relatie tussen de indiener en de patiënt: (bijvoorbeeld ouder, echtgenoot...)

** graag doorhalen wat niet van toepassing is*

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 namelijk: _____

Omschrijving van de klacht:

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij de balie van de praktijk of opsturen naar de praktijk:

Huisartsenmaatschap De Weide

t.a.v. I. Steenkamp/E. Glas

De Zaaier 6

7908 MA Hoogeveen

Wij nemen daarna binnen 2 weken telefonisch of schriftelijk contact met u op.

De huisartsenpraktijk is aangesloten bij: SKGE Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg

Website: www.skge.nl