

**KLACHTFORMULIER**

U wenst een klacht in te dienen over Huisartsenpraktijk Antoniusveld. Gelieve onderstaande in te vullen en in te leveren bij de balie of in een gesloten envelop t.a.v. klachtencommissie in onze brievenbus te deponeren. Dit formulier is ook beschikbaar bij de balie.

**GEGEVENS INDIENER**

ACHTERNAAM:

VOORLETTERS:

M / V

ADRES:

POSTCODE:

WOONPLAATS:

E-MAIL:

TELEFOONNR.:

MOBIEL NR.:

U BENT BIJ ONS PATIËNT

 JA NEE

RELATIE TUSSEN INDIENER EN PATIËNT:

(bv. ouder, echtgenoot)

**GEGEVENS PATIËNT** of vertegenwoordiger of nabestaande van patiënt

ACHTERNAAM:

VOORLETTERS:

GEBORTE DATUM:

Z.O.Z.



## KLACHTFORMULIER

### AARD VAN DE KLACHT

DATUM GEBEURTENIS:

TIJDSTIP:

LOCATIE GEBEURTENIS:

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
- persoonsgegevens
- iets anders

U WILT DE KLACHT BESPREKEN MET:

- eigen huisarts
- onafhankelijke huisarts

KLACHTBESCHRIJVING:

DATUM:

HANDTEKENING:

**BEDANKT VOOR HET INDIENEN VAN UW KLACHT.  
WIJ NEMEN ZO SNEL MOGELIJK (BINNEN VIER WEKEN) CONTACT MET U OP.**