

Klachtenformulier voor de patiënt

Graag het hele formulier 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: M/V
Geboortedatum patiënt:
Relatie tussen de indiener en de patiënt (bijv. ouder, echtgenote):

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

Omschrijving van de klacht:

Klachtenformulier voor de patiënt

(vervolg omschrijving klacht)

U kunt het ingevulde formulier toesturen aan:

De Stadspraktijk
Kleine Steeg 7a
6131 KJ Sittard

Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

De Stadspraktijk is aangesloten bij Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland.