

|                                                                                                                                          |                   |                                                                           |                  |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|
|  <div>Huisartsen<br/>Hobma<br/>Cals<br/>Machielsen</div> | <b>Titel</b>      | <b>Klachtenformulier voor de patiënt</b>                                  |                  |                 |
|                                                                                                                                          | <b>Gebruikers</b> | Patiënten                                                                 | <b>Beheerder</b> | Praktijkmanager |
|                                                                                                                                          | <b>Doel</b>       | Patiënt de mogelijkheid geven om een klacht in te dienen over de praktijk |                  |                 |

Graag het hele formulier invullen

|                                                   |     |
|---------------------------------------------------|-----|
| <b>Uw gegevens</b> (degene die de klacht indient) |     |
| Naam:                                             | M/V |
| Adres:                                            |     |
| Postcode + woonplaats:                            |     |
| Telefoonnummer:                                   |     |

|                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Gegevens van de patiënt</b> (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):                                  |     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Aard van de klacht</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
| Datum gebeurtenis:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Tijdstip: |
| De klacht gaat over <i>(meerdere keuzes mogelijk)</i> : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> medisch handelen van medewerker</li> <li><input type="checkbox"/> bejegening door medewerker<br/>(= de manier waarop de medewerker tegen u praat of met u omgaat)</li> <li><input type="checkbox"/> organisatie huisartsenpraktijk<br/>(= de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn)</li> <li><input type="checkbox"/> administratieve of financiële afhandeling</li> <li><input type="checkbox"/> iets anders</li> </ul> |           |
| Omschrijving van de klacht: <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 10px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |

|                                                                                                                                          |                   |                                                                           |                  |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|
|  <div>Huisartsen<br/>Hobma<br/>Cals<br/>Machielsen</div> | <b>Titel</b>      | <b>Klachtenformulier voor de patiënt</b>                                  |                  |                 |
|                                                                                                                                          | <b>Gebruikers</b> | Patiënten                                                                 | <b>Beheerder</b> | Praktijkmanager |
|                                                                                                                                          | <b>Doel</b>       | Patiënt de mogelijkheid geven om een klacht in te dienen over de praktijk |                  |                 |

(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.