|  |
| --- |
|  **Klachtenformulier voor de patiënt** -*graag beide pagina’s helemaal invullen*- |

|  |
| --- |
| **Uw gegevens** (degene die de klacht indient) |
| Naam: M/V   |
| Adres: |
| Postcode + Woonplaats: |
| Telefoonnummer: |

|  |
| --- |
| **Gegevens van de patiënt** (dit kan iemand anders zijn dan de indiener) |
| Naam van de patiënt: |
| Geboortedatum van de patiënt: |
| Relatie tussen de indiener en de patiënt (bijv. ouder, echtgenoot): |

|  |
| --- |
| **Aard van de klacht** |
| Datum gebeurtenis: Tijdstip:  |
| De klacht gaat over (meerdere keuzes mogelijk):* Medisch handelen van medewerker
* Bejegening door medewerker

(= de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn)* Organisatie huisartsenpraktijk
* Iets anders
 |
| Omschrijving van de klacht:(Vervolg omschrijving van de klacht) |
| U kunt het ingevulde formulier in een gesloten envelop gericht aan Huisartsenpraktijk Het Klooster tav ……………….., …………… afgeven op de praktijk of sturen naar:Brinkstraat 57902 AC HoogeveenWij nemen daarna contact met u op. |
| De huisartsenpraktijk is aangesloten bij:**Stichting klachtenregeling Huisartsenzorg Noord-Nederland:** [**www.skhnn.nl**](http://www.skhnn.nl)Wilt u hulp bij het indienen van uw klacht? Bel dan met het Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG) in uw regio, telefoon: 0900 – 2437070 |