|  |
| --- |
| **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 5  7902 AC Hoogeveen  Wij 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 |