**KLACHTEN FORMULIER**

**GEGEVENS VAN INDIENER KLACHT:**

ACHTERNAAM: VOORLETTERS:

ADRES: POSTCODE: PLAATS: TEL. NR:

**INDIEN HET ANDER DAN INDIENER BETREFT ( KIND, OUDER, PARTNER, ….. )**:

ACHTERNAAM: VOORLETTERS:

ADRES: POSTCODE: PLAATS:

TEL.NR:

**KLACHT BETREFT**: ( EVT. DATUM: TIJD: )

O medisch handelen van de medewerker

O bejegening ( manier waarop medewerker met u praat/omgaat)

O organisatie van de praktijk

O administratieve of financiële afhandeling

O anders

**OMSCHRIJVING KLACHT**:

 **Zie ook ommezijde**

vervolg klacht:

Dit formulier kunt u sturen naar de praktijk ( ausemsstraat 5 6665 DL Driel) of afgeven aan de assistente. Binnen 2 weken wordt er met de indiener van de klacht contact opgenomen.

De praktijk is aangesloten bij de Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland, Postbus 8018, 5601 KA Eindhoven. Tel. 040-2122780

Alle informatie kunt u vinden op [www.klachtenhuisarts.nl](http://www.klachtenhuisarts.nl)