

Klachtenformulier
Medisch centrum Middenpeel

Klachtenformulier voor de patiënt

Wilt u het formulier 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 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:

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij:
Eén van de medewerkers of de huisarts.
De huisarts neemt daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

Onze huisartsenpraktijk is aangesloten bij:

Stichting klachtenregeling huisartsenzorg Zuid – Nederland
Postbus 8018
5601 KA Eindhoven