



Huisartsenpraktijk van der Windt

Klachtenformulier

- Graag helemaal invullen -

Uw gegevens (degene die de klacht indient):

Naam: _____ M/V

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoon (privé of mobiel): _____

Emailadres: _____

Gegevens patiënt (dit kan ook de vertegenwoordiger of nabestaande van de patiënt zijn):

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Evt. relatie tot patiënt: _____

(bijv. ouder, echtgenote): _____

Emailadres: _____

Aard van de klacht:

Datum gebeurtenis: _____ Tijdstip: _____

De klacht gaat over (meerdere keuzes mogelijk):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medisch handelen van medewerker | <input type="checkbox"/> Administratieve of financiële afhandeling |
| <input type="checkbox"/> Bejegening door medewerker
(de manier waarop de medewerker tegen u
praat of met u omgaat) | <input type="checkbox"/> Organisatie huisartsenpraktijk
(de manier waarop diverse zaken in de
praktijk geregeld zijn) |
| <input type="checkbox"/> Iets anders, nl.: | |
| <input type="checkbox"/> Organisatie huisartsenpraktijk | |



Huisartsenpraktijk van der Windt

Omschrijving van de klacht:

Verzending:

U kunt het volledig ingevulde formulier afgeven bij: **Huisartsenpraktijk van der Windt**. Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

Externe klachtencommissie

Huisartsenpraktijk van der Windt is aangesloten bij:

*Klachtencommissie
Stichting Klachten & Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE)
Postbus 8018
5601 KA Eindhoven
Telefoonnummer 088-0229100
www.skge.nl*