

# Klachtenformulier voor de patiënt

*-graag helemaal invullen-*

## Uw gegevens (degene die de klacht indient)

Naam: \_\_\_\_\_ M/V  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode + woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

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

Naam van de patiënt: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum patiënt: \_\_\_\_\_  
Relatie tussen de indiener en de patiënt (bijv. ouder, echtgenote): \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
E-mailadres: \_\_\_\_\_

## 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:

*Z.O.Z.*

(vervolg omschrijving klacht)

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij de balie of in de brievenbus (in de centrale hal beneden)  
Wij nemen daarna binnen uiterlijk 2 weken na ontvangst telefonisch of schriftelijk contact met u op.

De huisartsenvoorziening is aangesloten bij:

**[www.skge.nl](http://www.skge.nl)**

**SKGE Stichting Klachten & Geschillen Eerstelijnszorg**

Postbus 8018

5601 KA Eindhoven

**Tel: 088 0229100**

[info@skge.nl](mailto:info@skge.nl)