|  |
| --- |
| Klachtenformulier voor de patiënt *Wij verzoeken u vriendelijk het formulier volledig in te vullen* |

|  |
| --- |
| Uw gegevens *(degene die de klacht indient)* |
| Naam: M/V  Adres:  Postcode + woonplaats:  Telefoonnummer: |

|  |
| --- |
| Gegevens van de patiënt *(indien de klacht door iemand anders wordt ingediend dan de patiënt)* |
| 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 *vervolg op de volgende bladzijde* ® | |

|  |
| --- |
| **Beschrijf hier uw klacht zo specifiek mogelijk:** |

|  |
| --- |
| U kunt het ingevulde formulier afgeven bij één van onze medewerkers of de huisarts.  De huisarts neemt daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.  De praktijk is aangesloten bij DOKh.  De gegevens van DOKh zijn als volgt:  Stichting DOKh Afdeling Klachten en Geschillen Robijnstraat 6 1812 RB ALKMAAR Tel: 072-520 83 25 Website: www.dokh.nl  Wilt u hulp bij het indienen van uw klacht? Bel dan met Meldpunt Cliëntenbelang Amsterdam,  T. 020-75 25 100 (bereikbaar tijdens kantooruren), of via [www.clientenbelangamsterdam.nl](http://www.clientenbelangamsterdam.nl) |