|  |  |
| --- | --- |
| Datum klacht | *-  -*     |
| Melding via |  |

|  |
| --- |
| **Gegevens van de patiënt (dit kan een ander zijn dan de indiener)** |
| Naam  |       |  |
| Adres |       |
| Postcode |       |
| Woonplaats |       |
| Telefoonnummer |       |
| Relatie indiener - patiënt |       |

|  |
| --- |
| **Uw gegevens (persoon die klacht indient)** |
| Naam  |       |  |
| Adres |       |
| Postcode |       |
| Woonplaats |       |
| Telefoonnummer |       |

|  |
| --- |
| **Gegevens van de patiënt (dit kan een ander zijn dan de indiener)** |
| De klacht gaat over (aankruisen, meerdere keuzes mogelijk): |
|  |

|  |
| --- |
| **Klacht** |
| Datum gebeurtenis |   *-*  *-*     |
| Tijdstip (indien mogelijk) |   *:*  uur  |
| Aard van de klacht |       |
| Omschrijving klacht |       |

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij de assistente.

Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

|  |
| --- |
| De huisartsenpraktijk is aangesloten bij:**Stichting Klachten & Geschillen Eerstelijnszorg**Postbus 80185601 KA Eindhoven088 0229100info@skge.nl |