|  |  |
| --- | --- |
| 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 8018 5601 KA Eindhoven 088 0229100 info@skge.nl |