|  |
| --- |
| **Klachtenformulier voor de patiënt**-*graag beide pagina’s helemaal invullen*- |

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

|  |
| --- |
| **Gegevens van de patiënt** (dit kan iemand anders zijn dan de indiener) |
| Naam van de patiënt: M/V |
| Geboortedatum van de patiënt: |
| Relatie tussen de indiener en de patiënt (bijv. ouder, echtgenoot): |

|  |
| --- |
| **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:(Vervolg omschrijving van de klacht) |
| U kunt het ingevulde formulier in een gesloten envelop gericht Huisartsenpraktijk Noord afgeven op de praktijk of sturen naar:Franz Lisztstraat 6A5011 RC TILBURGEmail: info@hapnoord.nlWij nemen daarna contact met u op. |
| De huisartsenpraktijk is aangesloten bij:**Klachtenregeling HuisartsenzorgZuid-Nederland****www.klachtenhuisarts.nl** |