

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):

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 Medisch Kwartier Eindhoven, ter attentie van de klachtenfunctionaris. U kunt het formulier ook mailen naar onze praktijk: praktijk@medischkwartiereindhoven.nl ter attentie van de klachtenfunctionaris.

Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

De huisartsenpraktijk Medisch Kwartier Eindhoven is via de praktijkhoudend huisarts aangesloten bij de Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE).

De klachtenfunctionaris is de praktijkmanager van Medisch Kwartier Eindhoven en is bereikbaar via mailadres: praktijk@medischkwartiereindhoven.nl.