

Klachtenformulier

Uw gegevens

Naam:

M/V

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Gegevens van de patiënt

(dit kan iemand anders zijn dan de indiener)

Naam van de patiënt:

Geboortedatum van de patiënt:

Relatie tussen de indiener en de patiënt:
(bijv. ouder, kind, echtgenoot)

Aard en omschrijving 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:

Contact

Wilt u dat wij over deze melding contact met u opnemen?

- Ja
- Nee

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij de assistente of in de brievenbus deponeren.
Wij nemen binnen 2 weken telefonisch of schriftelijk contact met u op indien u dat heeft aangegeven.

Apotheekhoudende Huisartsenpraktijk West Schouwen
Scheepswerfstraat 26
4328 BC Burgh-Haamstede
0111 - 655555