

KLACHTENFORMULIER ZORG

1. Persoonsgegevens

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode & Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

2. Gegevens zorgverlener / zorgaanbieder

Naam organisatie / zorgverlener:

Afdeling (indien van toepassing):

Adres (indien bekend):

Telefoon of e-mail zorgverlener:

3. Beschrijving van uw klacht

Datum waarop de klacht ontstond:

Beschrijf hieronder duidelijk wat er is gebeurd, waar u niet tevreden over bent, en wie erbij betrokken waren:

.....

.....

.....

.....

.....

4. Wat heeft u zelf al ondernomen?

☐ Gesproken met de zorgverlener

☐ Klacht besproken met een leidinggevende

☐ Anders, namelijk:

5. Wat is uw wens of verwachting?

Wat zou volgens u een goede oplossing zijn?

.....

.....

6. Mag een klachtenfunctionaris contact met u opnemen?

☐ Ja

☐ Nee

7. Datum en handtekening

Datum van invullen:

Handtekening:

Inleveren of opsturen

U kunt dit formulier opsturen naar uw zorgaanbieder of naar:

Klachtenloket Zorg

Postadres: [indien van toepassing]

Website: www.klachtenloket-zorg.nl

E-mail: info@klachtenloket-zorg.nl

Telefoon: 070 - 310 53 92 (ma-vr, 9:00 – 17:00)