

**Klachtenformulier
Medisch Centrum de Linden**

Uw gegevens (degene die de klacht indient)

Voorletters: Vul in

Achternaam: Vul in

Roepnaam/Voornaam: Vul in

Geboortedatum: Klik of tik om een geboortedatum in te voeren.

Geslacht: [ ]  Man [ ]  Vrouw

Straatnaam: Vul in Huisnummer: Vul in

Postcode: Vul in Woonplaats: Vul in

E-mailadres: Vul in

Gegevens van de patiënt (dit kan iemand anders zijn dan de indiener)

Gelijk aan indiener (zie hierboven) [ ]  Ja [ ]  Nee

Indien nee, vul dan ook onderstaande velden in:

Naam van de patiënt: Vul in

Geboortedatum patiënt: Klik of tik om een datum in te voeren

Relatie tussen de indiener en de patiënt (bijv. ouder, echtgenote): Vul in

Uw klacht

Datum gebeurtenis: Klik of tik om een datum in te voeren

Tijdstip: Vul in

Medewerker (over wie de klacht gaat): Vul in

De klacht gaat over:

[ ]  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, nl: Vul in

Omschrijving van de klacht

Vul in