

# Klachtenformulier

## Medisch Centrum de Linden



### Uw gegevens (degene die de klacht indient)

Voorletters:

Achternaam:

Roepnaam/Voornaam:

Geboortedatum:

Geslacht:  Man  Vrouw

Straatnaam:

Huisnummer:

Postcode:

Woonplaats:

E-mailadres:

### 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:

Geboortedatum patiënt:

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

### Uw klacht

Datum gebeurtenis:

Tijdstip:

Medewerker (over wie de klacht gaat):

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:

Omschrijving van de klacht

[Empty rectangular box for complaint description]

