

# 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 iemand anders zijn dan de indiener)

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:

(vervolg omschrijving klacht)

U kunt het ingevulde formulier in de dichtgeplakte retourenvelop afgeven aan de balie van BWO huisartsenpraktijk Volendam.

Wij nemen daarna binnen 1week telefonisch contact met u op.

Regioale klachtencommissie:  
Klachtencomissie Patient-Huisarts Noordwest Nederland  
Robijnstraat 6  
1812 RB Alkmaar  
Tel: 072-520 83 25