

## **KLACHTENFORMULIER**

### **Gegevens indiener van de klacht**

Voorletters

Achternaam

Geslacht

Adres

Postcode, woonplaats

Telefoonnummer

E-mail adres

### **Gegevens over betrokken patiënt**

Voorletters patient

Achternaam patient

Geslacht

Adres

Postcode, woonplaats

Geboortedatum patient

Relatie indiener klacht tot patient  
(bijvoorbeeld ouder, echtgenoot)

### **Aard van de klacht**

De klacht heeft betrekking op

Naam huisarts

Praktijkplaats huisarts

**Datum gebeurtenis**

**Tijdstip gebeurtenis indien bekend**

**Klacht over**

Medisch handelen

Financiële afhandeling

Organisatie

Bejegening

Onbekend

**OMSCHRIJVING VAN DE KLACHT:**