



## Huisartsenpraktijk van der Windt

### Klachtenformulier

- Graag helemaal invullen -

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

Naam: \_\_\_\_\_ M/V

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoon (privé of mobiel): \_\_\_\_\_

Emailadres: \_\_\_\_\_

#### Gegevens patiënt *(dit kan ook de vertegenwoordiger of nabestaande van de patiënt zijn):*

Naam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Evt. relatie tot patiënt: \_\_\_\_\_

(bijv. ouder, echtgenote): \_\_\_\_\_

Emailadres: \_\_\_\_\_

#### Aard van de klacht:

Datum gebeurtenis: \_\_\_\_\_ Tijdstip: \_\_\_\_\_

#### De klacht gaat over *(meerdere keuzes mogelijk):*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medisch handelen van medewerker   | <input type="checkbox"/> Administratieve of financiële afhandeling  |
| <input type="checkbox"/> Bejegening door medewerker<br><i>(de manier waarop de medewerker tegen u praat of met u omgaat)</i> | <input type="checkbox"/> Organisatie huisartsenpraktijk<br><i>(de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn)</i> |
| <input type="checkbox"/> Iets anders, nl.:   |   |
| <input type="checkbox"/> Organisatie huisartsenpraktijk  |   |



## **Huisartsenpraktijk van der Windt**

### **Omschrijving van de klacht:**

### **Verzending:**

U kunt het volledig ingevulde formulier afgeven bij: **Huisartsenpraktijk van der Windt**. Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

### **Externe klachtencommissie**

Huisartsenpraktijk van der Windt is aangesloten bij:

*Klachtencommissie  
Stichting Klachten & Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE)  
Postbus 8018  
5601 KA Eindhoven  
Telefoonnummer 088-0229100  
[www.skge.nl](http://www.skge.nl)*