

Klachtenformulier Medisch Centrum Dommelen



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 ook de vertegenwoordiger of nabestaande van de patiënt zijn)

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

Klachtenformulier Medisch Centrum Dommelen



Omschrijving van de klacht:

Klachtenformulier Medisch Centrum Dommelen



U kunt het ingevulde formulier afgeven bij:

Medisch Centrum Dommelen
Stokerwei 8a
5551 RL Valkenswaard

Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

De huisartsenvoorziening is aangesloten bij:

Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE)

www.klachtenhuisarts.nl

Tel: 088-0229100