**Gegevens patiënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam:M/V :Adres:Postcode en Woonplaats:Telefoonnummer:Mail-adres: |  |

**Gegevens klacht indiener anders dan patiënt**

 *alleen mogelijk indien patiënt minderjarig-, of niet wilsbekwaam is*

|  |  |
| --- | --- |
| Naam:M/V :Adres:Postcode/Woonplaats:Telefoonnummer:Mail-adres: |  |

**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:**

|  |
| --- |
|  |

**Waarin vindt u dat de praktijk of medewerker in gebreken is gebleven?**

|  |
| --- |
|  |

**Zijn er specifieke acties die u verwacht naar aanleiding van deze klacht?**

|  |
| --- |
|  |

**Welk resultaat wenst u naar aanleiding van deze klacht?**

|  |
| --- |
|  |

U kunt het volledig ingevulde formulier per mail versturen naar managerbethaan@ezorg.nl of afgeven op de praktijk.

U ontvangt binnen 5 werkdagen een ontvangstbevestiging. Vanwege bescherming persoonsgegevens bij voorkeur per mail. Wij streven er naar de klacht binnen 4 werkweken af te handelen.

**Invullen door praktijkmedewerker bij afgifte op praktijk**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum ontvangst: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Naam medewerker: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_