**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](mailto: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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_