Medisch Centrum Schalkwijk

Klachtenformulier

Uw gegevens (degene die de klacht indient)	
Naam en voorletters	m/v
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Gegevens van de patiënt (dit kan iemand anders zijn dan de indiener)	
Naam van de patiënt: Geboortedatum van de patiënt: Relatie tussen indiener en de patiënt (bijv. ouder, kind, echtgenoot):	

Klacht betreft: *	Huisarts	Praktijkondersteuner
	Assistente	Anders
Datum en tijdstip gebeurtenis	Datum	Tijdstip

Onderwerp klacht: * (meerdere keuzes mogelijk)
☐ Medisch handelen van medewerker
☐ Bejegening door medewerker (= de manier waarop de medewerker tegen u praat of met u omgaat)
☐ Bereikbaarheid (= denk aan telefonisch, wachttijd apotheek ed.)
☐ Communicatie (= onduidelijkheden in het onderlinge contact)
☐ Organisatie (= de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn)
☐ Administratieve of financiële afhandeling
☐ Diversen / iets anders
Omschrijving van de klacht
Wat had u zelf verwacht, of anders willen zien? *U kunt zo nodig op de achterzijde verder schrijven*

Gaarne het ingevulde formulier afgeven bij de assistente of in de brievenbus deponeren.
Wij nemen binnen 2 weken telefonisch of schriftelijk contact met u op

In te vullen door praktijk	
Ontvangstdatum	
Besproken met	
Afhandeling wie&hoe	

* aankruisen wat van toepassing is

Klachtenformulier Huisartsenpraktijk