**Klachtenformulier**

|  |
| --- |
| 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 iemand anders zijn dan de indiener) | | |
| Naam van de patiënt:  Geboortedatum patiënt:  Relatie tussen de indiener en de patiënt (bijv. ouder, echtgenote): | | |
| 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: | |

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij:

…………………………………………………………………………………………………………………….

Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

De huisartsenpraktijk is aangesloten bij:

**Huisartsen Klachtencommisie Amsterdam**

Bezoekadres: Plantage Middenlaan 14, 1018 DD Amsterdam

Postadres: Postbus 206, 1000 AE Amsterdam

Telefoon: 020 – 344 53 77 E-mail: [info@1stelijnamsterdam.nl](mailto:info@1stelijnamsterdam.nl)

Secretaris: Mevrouw A. Botman

Wilt u hulp bij het indienen van uw klacht? Bel dan met het Informatie en Klachtenbureau

Gezondheidszorg (IKG) in uw regio, telefoon: 0900 243 7070.