



## **Klachtenformulier Huisartsenpraktijk Bruinisse**

### **Uw gegevens** (degene die de klacht indient)

Naam:

datum:

m/v

Adres:

Postcode + woonplaats:

Telnr.:

E-mailadres:

### **Gegevens van de patiënt** (dit kan iemand anders zijn dan de indiener)

Naam:

m/v

Geboortedatum:

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 de medewerker
- bejegening door medewerker
- organisatie huisartsenpraktijk
- administratieve of financiële afhandeling
- iets anders

### **Omschrijving van de klacht:**

#### **De huisartsenpraktijk is aangesloten bij:**

Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland

Postadres: Postbus 8018, 5601 KA Eindhoven

Tel.nr.: 040-2122780

E-mail: [info@klachtenhuisarts.nl](mailto:info@klachtenhuisarts.nl)

Website: [www.klachtenhuisarts.nl](http://www.klachtenhuisarts.nl)