

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 ook de vertegenwoordiger of nabestaande van de patiënt zijn)

Naam van de patiënt:
Geboortedatum patiënt:
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 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:

Z.O.Z.

(vervolg omschrijving klacht)

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij de doktersassistente.
Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

De huisartsenvoorziening is aangesloten bij [www.dokh.nl](https://www.dokh.nl/klachten-en-geschillenregeling/patient/): <https://www.dokh.nl/klachten-en-geschillenregeling/patient/>

Stichting DOKh

Afdeling Klachten en Geschillen

Robijnstraat 6

1812 RB ALKMAAR

Tel: 072-520 83 25 (dagelijks van 9.00-15.00 uur)

E-mail: klachtenengeschillen@dokh.nl

