

# 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:

- Locatie Hoefbladstraat 65, 4451 TL Heinkenszand  
Email [apotheekheinkenszand@dedrieweg.nl](mailto:apotheekheinkenszand@dedrieweg.nl)
- Locatie Boogstraat 46, 4458 CB 's-Heer Arendskerke  
Email [apotheekarendskerke@dedrieweg.nl](mailto:apotheekarendskerke@dedrieweg.nl)

Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

De Huisartsenpraktijk is aangesloten bij:

[Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg \(SKGE\)](#)