



Klachtenformulier Apotheekhoudende Huisartspraktijk Kors

Uw gegevens (degene die de klacht indient)	
Naam:	M/V
Adres:	
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 de indiener en de patiënt (bijv. ouder, kind, echtgenoot):

Aard van de klacht	
Datum gebeurtenis:	Tijdstip:
De klacht gaat over (meerdere keuzes mogelijk):	
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Medisch handelen van medewerker<input type="radio"/> Bejegening door medewerker (= de manier waarop de medewerker tegen u praat of met u omgaat)<input type="radio"/> Organisatie huisartsenpraktijk (= de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn)<input type="radio"/> Administratieve of financiële afhandeling<input type="radio"/> Iets anders	
Omschrijving van de klacht:	
Wilt u dat wij over deze melding contact met u opnemen? Ja / nee	

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij de assistente of via de post versturen. Wij nemen binnen 2 weken telefonisch of schriftelijk contact met u op indien u dat heeft aangegeven.