

## KLACHTENFORMULIER HUISARTSENPRAKTIJK Stad & Ambt

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

Naam: M/V  
Adres:  
Postcode + woonplaats:  
Telefoonnummer:  
Datum: Plaats:  
Handtekening:

### 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):

### 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 apotheekhoudende huisartsenpraktijk  
(= de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn)
- administratieve of financiële afhandeling
- iets anders

Omschrijving van de klacht:

(vervolg omschrijving klacht)

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij of opsturen naar:

**Huisartsenpraktijk Stad & Ambt**

De Weijert 40  
8325 EM Vollenhove

Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

De huisartsenpraktijk is aangesloten bij: **Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Noord-Nederland**

Postbus 216, 9400 AE Assen

<http://www.skhnn.nl>

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.