|  |
| --- |
| **Uw gegevens** (degene die de klacht of suggestie indient) |
| Naam: M/V |
| Adres: |
| Postcode + Woonplaats: |
| Telefoonnummer: |
| Naam van uw huisarts/zorgverlener (indien van toepassing): |

|  |
| --- |
| **Aard van de klacht of suggestie** |
| Datum gebeurtenis: Tijdstip: |
| De klacht gaat over (meerdere keuzes mogelijk):   * Medisch handelen van medewerker * Bejegening door medewerker   Organisatie huisartsenpraktijk (= de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn)   * Iets anders |
| Omschrijving van de klacht of suggestie:  (Vervolg omschrijving van de klacht of suggestie) |
| U kunt het ingevulde formulier in een gesloten envelop opsturen of afgeven bij de balie.  **Huisartsenpraktijk West**  **T.a.v. I. de Jong, interne klachtenfunctionaris**  **Appelvink 1**  **3906 AD Veenendaal**  Binnen 10 werkdagen ontvangt u een bevestiging van ons. |