|  |
| --- |
| **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. |