

Klachtenformulier van Huisartsenpraktijk Galecop voor de patiënt

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 uw vaste huisarts of de praktijkassistente of mailen naar assistente@huisartsenpraktijkgalecop.nl.

Wij behandelen uw klacht zorgvuldig en nemen binnen 4 weken telefonisch of schriftelijk contact met u op.

Huisartsenpraktijk Galecop is aangesloten bij de 'skge', de stichting voor klachten en geschillen in de eerste lijn.
<https://www.skge.nl/>