

## Klachtenformulier voor de patiënt

*-graag helemaal invullen-*

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

Naam:

M/V

Adres:

Postcode + woonplaats:

Telefoonnummer:

### 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 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:  
Huisartsenpraktijk Cornips t.a.v. huisarts Cornips  
Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

De huisartsenpraktijk is aangesloten bij:

**Klachtencommissie:**

**Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE)**

Postadres; postbus 8018, 5601 KA Eindhoven

Telefoon; 088-022 91 00

E-mail: [info@skge.nl](mailto:info@skge.nl)

Website: [www.skge.nl](http://www.skge.nl)