

- Graag helemaal invullen -

Naam:	Geslacht: M ☐ / V ☐
Adres:	
Postcode + woonplaats:	
Telefoonnummer:	
Mailadres:	

Gegevens van de patiënt (Dit kan ook de vertegenwoordiger of nabestaande van de patiënt zijn)

Naam van de patiënt:	
Geboortedatum van de patiënt:	
Relatie tussen de indiener en de patiënt (bijv. ouder/echtgenote):	

Omschrijving van uw klacht

Datum gebeurtenis:	Tijdstip:
--------------------	-----------

Beschrijf hieronder waarom u niet tevreden bent. Ter ondersteuning kunt u de volgende vragen gebruiken:

- Wanneer was de situatie waarover u klaagt?
- Wat is er gebeurd?
- Waren er anderen bij betrokken?
- Is het een klacht van uzelf of klaagt u namens iemand anders?
- Heeft u al met iemand over uw klacht gesproken?

U kunt het ingevulde formulier afgeven in de praktijk of versturen via een E-consult in Mijngesondheidsnet of de MedGemak app:

Wij nemen daarna telefonisch/schriftelijk/per mail (beveiligd) contact met u op.

De huisartsenvoorziening is aangesloten bij:

De klachtencommissie van Stichting DOKh.

DOKh ondersteunt bij klachten, onvrede en calamiteiten. DOKh heeft een bemiddelende rol als patiënt en zorgverlener er samen niet uit komen.

Contactgegevens DOKh:

e-mailadres: klachtenengeschillen@dokh.nl

telefoon: 072-527 91 00 (bereikbaar van ma t/m vr. tussen 9.00 en 15.00 uur)

website (digitaal melden middels klachtenformulier): <https://dokh.nl/klacht-geschil-als-klager/>