Klachtenformulier voor de cliënt

-graag helemaal invullen-

|  |
| --- |
| **Je gegevens** (degene die de klacht indient) |
| Naam: | m/v |
| Adres: |  |
| Postcode + woonplaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |

Naam cliënt:

Geboortedatum cliënt:

Relatie tussen indiener en cliënt (bijv. ouder, echtgenote):

**Gegevens cliënt** (dit kan iemand anders zijn dan de indiener)

|  |
| --- |
| **Aard van de klacht** |
| Datum gebeurtenis: | Tijdstip, indien bekend: |

**Omschrijving van de klacht:**

De klacht gaat over (meerdere keuzes mogelijk):

* medisch handelen van de zorgverlener
* bejegening door zorgverlener/medewerker

(= de manier waarop de zorgverlener/medewerker met je praat of omgaat)

* organisatie kliniek

(= de manier waarop bepaalde zaken in de kliniek geregeld zijn)

* administratieve of financiële afhandeling
* iets anders, namelijk:

...................................................................................................................................

...................................................................................................................................

Je kunt het ingevulde formulier sturen aan: Afkickkliniek Valkenburg

Vroenhof 148

6301 KJ Valkenburg

Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met je op.

**Omschrijving van de klacht (vervolg):**

Versie nr. 1, 1 november 2022