



Patiënten Klachtenformulier

Dit formulier is bestemd voor het indienen van een klacht:

- Over een medische behandeling op de huisartsenpost
- Over het functioneren van de huisartsenpost

Bij dit formulier hoort een folder met informatie over de Klachtencommissie Drentse Huisartsen.

Naam:	Geboortedatum:
Adres:	
Postcode + woonplaats:	
Telefoonnummer:	Datum:

Gegevens van de eigen huisarts

Naam:	Woonplaats:
-------------	-------------------

Naam + geboortedatum van de patiënt waarop de klacht betrekking heeft (indien dit een andere is dan indiener van de klacht, bijvoorbeeld ouders – kind):

De klacht heeft betrekking op de huisartsenpost:			
<input type="checkbox"/> Assen	<input type="checkbox"/> Emmen	<input type="checkbox"/> Hoogeveen	<input type="checkbox"/> Meppel
Datum van de gebeurtenis:		Tijdstip:	

Aard van de klacht

Klacht over:

- Een medische behandeling op de huisartsenpost

Naam behandelende huisarts:

Naam doktersassistente:

- Het functioneren van de huisartsenpost

Omschrijving van de klacht:

Indien gewenst is er de mogelijkheid om uw klacht op de achterzijde nader te omschrijven. (z.o.z.) U kunt uw omschrijving van de klacht ook als losse bijlage toevoegen.

