

KLACHTENFORMULIER



Indien u als familie, mantelzorg of wettelijk vertegenwoordiger een klacht indient, neemt de commissie deze klachten alleen in behandeling indien de cliënt namens wie u klaagt, instemt met het indienen van een klacht en de klacht mede ondertekent.

1 Gegevens klager

Naam	
Adres	
Woonplaats	
Telefoonnummer	

2 indien de klacht door iemand anders dan cliënt wordt ingediend, dan ook gegevens indiener vermelden

Naam	
Adres	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Relatie tot cliënt	<input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Zoon/dochter <input type="checkbox"/> Familielid <input type="checkbox"/> Wettelijk vertegenwoordiger <input type="checkbox"/> Anders: _____

3 Indien de klacht betrekking heeft op handelen of bejegening van de medewerkers, graag hieronder de namen en indien bekend de functies van medewerkers aangeven

Naam medewerker / functie	/
	/
	/
Waarop heeft uw klacht betrekking	<input type="checkbox"/> Bejegening <input type="checkbox"/> Uitvoeren zorg-/dienstverlening <input type="checkbox"/> Deskundigheid van medewerkers <input type="checkbox"/> Verpleegkundig handelen. <input type="checkbox"/> Informatieverstrekking <input type="checkbox"/> Bereikbaarheid tijdens / buiten kantooruren <input type="checkbox"/> Nakomen van afspraken <input type="checkbox"/> Anders;

KLACHTENFORMULIER



4 Toelichting op de klacht

U kunt hieronder beschrijven waar uw klacht over gaat

5 Wat kan er volgens u het beste gedaan worden om uw klacht te verhelpen

U kunt hieronder beschrijven waar uw klacht over gaat

6 Heeft u de klacht ook elders ingediend?

Ja Nee

7 Ondertekening

Datum _____

Handtekening cliënt _____

Handtekening contactpersoon _____

U kunt dit formulieren richten aan:

Klachtenportaal Zorg

Onder vermelding van organisatie: SSTZ bv
Onder vermelding van aansluitnummer: 5783
1601 AD Enkhuizen
Westerstraat 117
@: info@klachtenportaalzorg.nl
Website: www.klachtenportaalzorg.nl