

Formulier 'klacht of suggestie'

D.J. de Boer huisarts

* Vul dit formulier zo volledig mogelijk in.

* Voeg eventueel een begeleidende brief bij waarin u beschrijft wat er is gebeurd.

Gegevens betrokkene/de patiënt

Voorletter(s)/ Naam M / V
Geboortedatum
Adres
Postcode/ Plaats:
Telefoon
E-mail

Gegevens medewerker waar de klacht over gaat

Naam: M / V
Functie: huisarts / waarnemend huisarts / doktersassistente / anders
(doorhalen wat niet van toepassing is)

Naam van huisarts betrokkene/patiënt

Naam M / V

1. Datum waarop/ periode waarin de klacht zich heeft voorgedaan:

2a. Omschrijving klacht/ suggestie

Datum in ontvangst:

Datum afgehandeld:

2b. Toelichting bij klacht:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> bejegening | <input type="checkbox"/> onheuse bejegening
<input type="checkbox"/> discriminatie
<input type="checkbox"/> uitzetten uit de praktijk/ eenzijdige beëindiging van behandelrelatie door arts
<input type="checkbox"/> subjectieve opmerkingen in het medisch dossier |
| <input type="checkbox"/> behandel technisch | <input type="checkbox"/> foutief of onzorgvuldig medisch handelen
<input type="checkbox"/> stellen van verkeerde diagnose/missen diagnose weigeren of te laat reageren op verzoek om spoedvisite
<input type="checkbox"/> weigeren huisbezoek, consult of verwijzing
<input type="checkbox"/> niet serieus nemen klachten
<input type="checkbox"/> niet of te laat verwijzen
<input type="checkbox"/> inhoud dossier
<input type="checkbox"/> medicijnen |
| <input type="checkbox"/> organisatorisch | <input type="checkbox"/> onduidelijkheden/onjuistheden over waarneming in weekeinde of vakantie
<input type="checkbox"/> eigen praktijkorganisatie
<input type="checkbox"/> ordening in het medisch dossier of inzagerecht
<input type="checkbox"/> overdracht medisch dossier naar nieuwe huisarts
<input type="checkbox"/> anders, namelijk: |

3. Wat wilt u bereiken:

Ik wens wel/niet dat er contact met mij wordt opgenomen betreffende mijn opmerking/klacht of tip. *(Graag doorhalen wat niet van toepassing is)*

U kunt dit ingevulde formulier afgeven bij onze balie of opsturen naar:

D.J. de Boer huisarts
Balthasar Floriszstraat 23
1071 VA Amsterdam

Uiteraard hopen wij u zo goed mogelijk te helpen. Als u ergens ontevreden over bent of een mogelijke verbetering signaleert nemen we graag met u contact op.

Datum in ontvangst:

Datum afgehandeld: