



huisartsenpraktijk

# de Vlecke KLACHTENFORMULIER

## Uw gegevens/Patiënt

Naam:

M/V

Adres:

Postcode + woonplaats:

Telefoonnummer vast + mobiel:

Emailadres:

Huisarts:

## Aard/omschrijving van de klacht

Datum gebeurtenis:

Tijdstip:

De klacht gaat over (*meerdere keuzes mogelijk*):

- medisch handelen van medewerker
- bejegening door medewerker  
(= de manier waarop de medewerker tegen u praat of met u omgaat)
- organisatie huisartsenpraktijk  
(= de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn)
- administratieve of financiële afhandeling
- iets anders

Omschrijving van de klacht (evt. via bijlage):

Huisartsenpraktijk De Vlecke is aangesloten bij:

**Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg**

**Noord-Nederland (0592) 243 865 [www.skhnn.nl](http://www.skhnn.nl)**

Wilt u hulp bij het indienen van uw klacht? Bel dan met het Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG) in uw regio, telefoon: 0900 243 7070.

U kunt het ingevulde formulier afgeven aan de balie van huisartsenpraktijk De Vlecke, Surhuisterveen.

Wij nemen binnen 7 werkdagen telefonisch of schriftelijk contact met u op.