

# Klachtenformulier Huisartsenpraktijk PMC

## Klachtenformulier voor de patiënt

*-graag helemaal invullen-*

### Uw gegevens (degene die de klacht indient)

Naam: (verplicht)

M/V

Adres:

Postcode + woonplaats:

Telefoonnummer:

Email adres: (verplicht)

### Gegevens van de patiënt (dit kan iemand anders zijn dan de indiener)

Naam van de patiënt: (verplicht)

Geboortedatum patiënt: (verplicht)

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

### Aard van de klacht

--	--

Datum gebeurtenis: (verplicht)	
Omschrijving van de klacht:	

.....
Wij nemen daarna binnen 2 werkdagen contact met u op.
De huisartsenpraktijk is aangesloten bij: Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg Postadres: Postbus 8018, 5601 KA Eindhoven Telefoon: 088 022 91 00 (op maandag tot en met donderdag tussen 09.00 uur en 17.00 uur en op vrijdag tussen 09.00 uur en 13.00 uur) Email: info@skge.nl Website: <a href="http://www.skge.nl">www.skge.nl</a>