



## Klachtenformulier *graag helemaal invullen*

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

Naam: M/V  
Adres:  
Postcode + woonplaats:  
Telefoonnummer:

### Gegevens van de patiënt (dit kan ook de vertegenwoordiger of nabestaande van de patiënt zijn)

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

### Aard 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



Apotheekhoudende  
**Huisartspraktijk**  
de Linde

Mw. E.A.A. van Rosmalen, huisarts  
Dhr. W.H. van der Linden, huisarts  
Tuinderij 11  
2451 GG Leimuiden

(omschrijving klacht)

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij de balie.  
Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.

De huisartsenpraktijk is aangesloten bij:

**Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg**

Postadres: Postbus 8018, 5601 KA Eindhoven

Telefoon: 088- 0229100

E-mail: [info@skge.nl](mailto:info@skge.nl)

Website: [www.skge.nl](http://www.skge.nl)