
Gegevens cliënt

Naam	
Adres + huisnummer	
Postcode + plaats	
Telefoonnummer	
Bereikbaar tussen (tijden)	

Aard van de klacht*

<input type="checkbox"/>	Bereikbaarheid van de organisatie	<input type="checkbox"/>	Deskundigheid van de zorgverlener
<input type="checkbox"/>	Wachttijd tot inzet zorg	<input type="checkbox"/>	Manier van uitvoeren van de zorg
<input type="checkbox"/>	Beschikbaarheid van (vaste) zorgverlener	<input type="checkbox"/>	Andere/mindere zorg dan afspraak
<input type="checkbox"/>	Continuïteit van de zorg	<input type="checkbox"/>	Tijd / dag van de zorgverlening
<input type="checkbox"/>	Persoonlijke bejegening	<input type="checkbox"/>	Schending van de privacy
<input type="checkbox"/>	Te laat komen van de zorgverlener	<input type="checkbox"/>	Geven van onjuiste / geen informatie
<input type="checkbox"/>	Te vroeg weggaan van de zorgverlener	<input type="checkbox"/>	De onderlinge samenwerking
<input type="checkbox"/>	Te vroeg afbouwen van de zorg	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Anders, nl:		

* aankruisen wat van toepassing is

Korte inhoud van de klacht

Oorzaak van de klacht (hoe is het gekomen, hoe heeft het kunnen gebeuren, wat was de aanleiding?)

Is de klacht al besproken? Ja / Nee

Zo ja, met

Naam	Functie	Datum

Formulier ingevuld door

Naam	
Functie	
Datum	

Dit formulier zenden aan: