



### 1 Gegevens klager

Naam	
Adres	
Woonplaats	
Telefoonnummer	

### 2 indien de klacht door iemand anders dan cliënt wordt ingediend, dan ook gegevens indiener vermelden

Naam	
Adres	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Relatie tot cliënt	<input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Zoon/dochter <input type="checkbox"/> Familielid <input type="checkbox"/> Wettelijk vertegenwoordiger <input type="checkbox"/> Anders: _____

### 3 Indien de klacht betrekking heeft op handelen of bejegening van de medewerkers, graag hieronder de namen en indien bekend de functies van medewerkers aangeven

Naam medewerker / functie	/
	/
	/
Waarop heeft uw klacht betrekking	<input type="checkbox"/> Bejegening <input type="checkbox"/> Uitvoeren zorg-/dienstverlening HV – PV – VP – BG <input type="checkbox"/> Deskundigheid van medewerkers <input type="checkbox"/> Verpleegkundig handelen. <input type="checkbox"/> Informatieverstrekking <input type="checkbox"/> Bereikbaarheid tijdens / buiten kantooruren <input type="checkbox"/> Nakomen van afspraken <input type="checkbox"/> Anders

#### 4 Toelichting op de klacht

*U kunt hieronder beschrijven waar uw klacht over gaat*

#### 5 Wat kan er volgens u het beste gedaan worden om uw klacht te verhelpen

*U kunt hieronder beschrijven waar uw klacht over gaat*

#### 6 Heeft u de klacht ook elders ingediend?

Ja  Nee

#### 7 Ondertekening

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening cliënt \_\_\_\_\_

Handtekening contactpersoon \_\_\_\_\_

U kunt dit formulieren richten aan Coöperatie DichtBijZorg Heikantsebaan 2 5094 BG, Lage Mierde of per email naar [info@dichtbijzorg.org](mailto:info@dichtbijzorg.org)