



KLACHTENFORMULIER

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mail:

Patiëntnummer:

Waar/op welke afdeling van het ziekenhuis heeft de gebeurtenis plaatsgevonden?

Afdeling:

Locatie: ☐ Antoniushove ☐ Bronovo ☐ Westeinde

Wie was erbij betrokken (naam en/of functie)? :

Datum voorval:

Handtekening:

Als u een klacht indient namens een patiënt:

Uw naam:

Telefoonnummer:

Handtekening van patiënt:

Wilt u een reactie op uw klacht?

☐ ja ☐ nee

Formulier ingevuld op datum:

Met het indienen van uw klacht geeft u de klachtenfunctionaris toestemming tot het inzien van het medisch en verpleegkundig dossier, voor zover dit noodzakelijk is voor een zorgvuldige behandeling van uw klacht

Omschrijving van de klacht, voorval of opmerking:

Eventueel vervolg z.o.z.

Het ingevulde klachtenformulier kunt u afgeven bij de informatiebalie in de Centrale Hal of, met behulp van een envelop, naar het ziekenhuis versturen