

Klachtenformulier voor de cliënt

-graag helemaal invullen-

Uw gegevens (degene die de klacht indient)

Naam: M/V
 Adres:
 Postcode + woonplaats:
 Telefoonnummer: 020 –
 Mobielnummer 06 –
 Email:

N.B. Kruis aan via welk middel wij bij voorkeur kunnen reageren op uw klacht.

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

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

Aard van de klacht

Datum gebeurtenis: Tijdstip:

Categorie:
 Medisch handelen
 Advies en informatie
 Communicatie en bejegening
 Bureau organisatie

Omschrijving van de klacht:

(vervolg omschrijving klacht)

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij de JGZ verpleegkundige of verzenden naar:

SAG-JGZ:
T.a.v.: klachtencoördinator
Adres: Postbus 80417
Plaats: 1005 BK Amsterdam

Wij nemen na ontvangst binnen drie werkdagen contact met u op.

De SAG-JGZ is aangesloten bij:

De Landelijke Beroepscommissie Klachten (LBK)
Postbus 8258
3503 RG UTRECHT

Ontvangen

Datum:

Door:

In te vullen door de klachtencoördinator