

## Formulier klacht en onvrede

Met dit formulier kunt u uw klacht kenbaar maken bij de klachtenfunctionaris. Anonieme meldingen worden niet in behandeling genomen. Vult u daarom uw gegevens volledig in. Uiteraard wordt uw klacht vertrouwelijk behandeld.

Datum: \_\_\_\_\_

### ***Uw gegevens***

Voorletter(s) / Achternaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode / woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Emailadres: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Uw geslacht:

Man    vrouw

Ik dien deze klacht of onvrede in als:

- Patiënt
- Partner/echtgenoot
- Broer/zus
- Ouder/verzorger
- Zoon/dochter
- Anders, namelijk

Indien de patiënt niet zelf de klacht of onvrede indient\*, vul dan de volgende gegevens in:

Voorletter(s) / Achternaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode / woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Daarnaast is het noodzakelijk dat u een machtiging (zie bijlage 1) en een kopie van uw identiteitsbewijs en dat van de klager meestuurt.

*\* In de zorg zijn de ouders of verzorgers van kinderen tot 12 jaar gerechtigd voor het kind te beslissen. Kinderen van 12 tot 16 jaar moeten instemmen met de klacht. Jongeren vanaf 16 jaar zijn zelf gerechtigd een klacht in te dienen. Zij mogen wel vertegenwoordigd worden, dan moet wel de machtiging worden ingevuld.*

Is de patiënt op de hoogte dat u een klacht of onvrede indient?       ja    nee



## Gesprek met medewerkers

Hebt u de klacht of onvrede reeds met de betrokkene(n) besproken?

- Nee
  - Ja
  - Met de betrokken medewerker(s)
  - Met
- 

Wanneer was dat gesprek?

---

Wat was het resultaat?

---

---

---

---

---

Wat wilt u bereiken met het indienen van uw klacht of onvrede?

---

---

---

---

Hoe bent u op de hoogte gekomen van de klacht- en onvrederegeling Gelre ziekenhuizen?

- de website [www.gelreziekenhuizen.nl](http://www.gelreziekenhuizen.nl)
- huisarts
- de folder
- zorgverlener/medewerker
- anders, namelijk: \_\_\_\_\_

U kunt dit formulier opsturen naar:

Gelre ziekenhuizen T.a.v. Klachtenfunctionaris Antwoordnummer 1005 7300 VB Apeldoorn	Gelre ziekenhuizen T.a.v. Klachtenfunctionaris Antwoordnummer 248 7200 VB Zutphen
---	--

## **Machtiging / instemmingformulier**

Met deze machtiging geeft de 1<sup>e</sup> ondergetekende aan dat hij/zij er mee instemt dat de 2<sup>e</sup> ondergetekende namens hem/haar een klacht indient.

### **Gegevens 1<sup>e</sup> ondergetekende patiënt / bezoeker**

Voorletter(s) / Achternaam:

Adres:

Postcode / woonplaats:

Geboortedatum:

Uw handtekening:

Laat zich vertegenwoordigen door:

### **Gegevens 2<sup>e</sup> ondergetekende (wettelijke) vertegenwoordiger**

Voorletter(s) / Achternaam:

Adres:

Postcode / woonplaats:

Geboortedatum:

Relatie met 1<sup>e</sup> ondergetekende  
patiënt / bezoeker

Uw handtekening:

*Voeg een veilige kopie toe van het identiteitsbewijs van zowel de klager als zijn of haar vertegenwoordiger (schrijf schuin door de kopie van het ID de woorden "kopie voor Gelre ziekenhuizen" met de datum erbij en laat het BSN nummer wel zichtbaar; zie "<http://www.rijksoverheid.nl>" [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl), zoekwoord 'identiteitsbewijs' en kies 'voorkom fraude etc.')*