



Klachtenformulier

Gegevens patiënt

Patiëntnummer _____

Naam patiënt _____ M / V

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoon _____

Als u namens de patiënt klaagt, wilt u dan onderstaande gegevens invullen

Ondergetekende machtigt de hieronder vermelde persoon namens hem/haar te klagen.

Naam _____ M / V

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoon _____

Relatie tot patiënt _____

Patiënt geeft wel/geen toestemming

- dat ten behoeve van de afhandeling van deze klacht, de klachtgegevens worden doorgestuurd naar het afdelingsmanagement en de raad van bestuur..... **Ja / Nee**
- dat de klachtenfunctionaris en het afdelingsmanagement inzage hebben in zijn/haar medische gegevens, voor zover dit betrekking heeft op deze klacht..... **Ja / Nee**

Op de achterzijde van dit formulier kunt u de klacht omschrijven.

Plaats	Datum	Handtekening patiënt	Handtekening gemachtigde
_____	_____	_____	_____

Stuur dit formulier naar: Maasstad Ziekenhuis, t.a.v. Klachtenfunctionaris, Antwoordnummer 1872, 3000 WB Rotterdam (let op postzegel is niet nodig).

Als u namens een patiënt klaagt, dient u zowel van de patiënt als van uzelf een kopie van een geldig legitimatiebewijs met dit formulier mee te sturen.

