

Klachtenformulier

- Vul dit formulier zo volledig mogelijk.
- Voeg een (korte) begeleidende brief bij waarin u beschrijft wat er is gebeurd.
- Door ondertekening van dit formulier geeft u de Klachtencommissie toestemming tot inzage in de voor de klacht relevante medische gegevens.

Gegevens betrokkene/ de patiënt

Voorletter(s)/ Naam _____ M / V

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode/ Plaats: _____

Telefoon _____

E-mail _____

Gegevens klager indien anders dan betrokkene

Voorletter(s)/ Naam _____ M / V

Adres _____

Postcode/ Plaats _____

Telefoon _____

E-mail _____

Gegevens huisarts waar de klacht over gaat

Voorletter(s)/ Naam _____ M / V

Adres _____

Postcode/ Plaats _____

Functie huisarts / waarnemend huisarts / doktersassistente / anders, namelijk: _____

Gegevens eigen huisarts betrokkene/ patiënt

Voorletter(s)/ Naam _____ M / V

Adres _____

Telefoon _____

Huisartsen Klachtencommissie Amsterdam

1. Datum waarop/ periode waarin de klacht zich heeft voorgedaan:

2a. Omschrijving klacht:

2b. Toelichting:

- bejegening
 - onheuse bejegening
 - discriminatie
 - uitzetten uit de praktijk/ eenzijdige beëindiging van behandelrelatie door arts
 - subjectieve opmerkingen in het medisch dossier
- behandel technisch
 - foutief of onzorgvuldig medisch handelen
 - stellen van verkeerde diagnose/missen diagnose weigeren of te laat reageren op verzoek om spoedvisite
 - weigeren huisbezoek, consult of verwijzing
 - niet serieus nemen klachten
 - niet of te laat verwijzen
 - inhoud dossier
 - medicijnen
- organisatorisch
 - onduidelijkheden/onjuistheden over waarneming in weekeinde of vakantie
 - eigen praktijkorganisatie
 - ordening in het medisch dossier of inzagerecht
 - overdracht medisch dossier naar nieuwe huisarts

anders, namelijk:

Huisartsen Klachtencommissie Amsterdam

3. Wat wilt u bereiken:

4. Hoorzitting: Cliënt heeft **wel** / **geen** bezwaar gehoord te worden door de Klachtencommissie.

Hierbij verklaart _____

akkoord te gaan met de behandeling van bovenbeschreven klacht door de Huisartsen Klachtencommissie Amsterdam en verleent derhalve toestemming tot inzage door de commissie in de voor de behandeling van deze klacht relevante medische gegevens.

Datum,

Datum,

Handtekening betrokkene/ patiënt,

Handtekening klager,
indien anders dan betrokkene,

Retouradres

Huisartsen Klachtencommissie Amsterdam
t.a.v. mevrouw mr M.B. Verkleij
Postbus 206
1000 AE AMSTERDAM