

• S.V.P. dit formulier volledig invullen.

Indien u als familie, mantelzorger of wettelijk vertegenwoordiger een klacht indient, neemt de commissie deze klachten alleen in behandeling indien de cliënt namens wie u klaagt, instemt met het indienen van een klacht en de klacht mede ondertekent.

Gegevens cliënt

Voornaam*	Achternaam*
Adres*	Postcode*
Woonplaats*	Telefoonnummer*

Gegevens indiener (indien van toepassing)

Voornaam*	Achternaam*		
Adres*	Postcode*		
Woonplaats*	Telefoonnummer*		
Relatie tot cliënt*	Partner	Zoon/dochter	Anders, namelijk:
	Familieid	Wettelijke vertegenwoordiger	

Gegevens DOPPA zorg medewerker(s)

Indien de klacht betrekking heeft op handelen of bejegening van de medewerkers, graag hieronder de namen en indien bekend de functies van medewerkers aangeven

Naam medewerker(s)	Functie medewerker(s)
--------------------	-----------------------

Waarop heeft uw klacht betrekking?	Bejegening	Anders, namelijk:
	Deskundigheid van medewerkers	
	Informatieverstrekking	
	Nakomen van afspraken	
	Uitvoeren zorg-/dienstverlening	
	Verpleegkundig handelen	
	Bereikbaarheid tijdens / buiten kantooruren	

Toelichting op de klacht

Beschrijf hier waar uw klacht over gaat.

• S.V.P. dit formulier volledig invullen.

Wat kan er volgens u het beste gedaan worden om uw klacht te verhelpen?

Wat is volgens u een passende oplossing voor uw klacht?

Wat kan er volgens u het beste gedaan worden om uw klacht te verhelpen?

Heeft u de klacht ook elders ingediend?

Ja

Nee

Ondertekening

Datum:	Datum:
Handtekening cliënt	Handtekening contactpersoon

Contactgegevens

Telefoon: **085 00 79 000**
E-mail: **receptie@doppazorg.nl**
Postadres: **Lasondersingel 133
7514 BP Enschede**

U kunt dit klachtformulier richten aan R. Berendsen