



Europaweg 132  
7766 AP Nieuw-Schoonebeek  
Tel. 0628783718

## KLACHTENFORMULIER

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 medeondertekent.

### 1 Gegevens klager

Naam	
Adres	
Woonplaats	
Telefoonnummer	

### 2 Indien de klacht door iemand anders dan cliënt wordt ingediend, dan ook gegevens indiener vermelden

Naam	
Adres	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Relatie tot cliënt	<input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Zoon/dochter <input type="checkbox"/> Familielid <input type="checkbox"/> Wettelijk vertegenwoordiger <input type="checkbox"/> Anders: _____

### 3 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 / functie	/
	/
	/

### 4 Toelichting op de klacht

*U kunt hieronder beschrijven waar uw klacht over gaat*

--

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

*U kunt hieronder beschrijven waar uw klacht over gaat*

**6 Heeft u de klacht ook elders ingediend?**

Ja  Nee

**7 Ondertekening**

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening cliënt \_\_\_\_\_

Handtekening contactpersoon \_\_\_\_\_

U kunt dit formulieren richten aan de Zorgprofessional, Trompet 1909, 1967DB, Heemskerk  
of per email naar [secretaris@dezorgprofessional.nl](mailto:secretaris@dezorgprofessional.nl)