Formulier klacht of compliment

Datum van invullen:_____

Algemene gegevens melder	**Gegevens van degene op wie de melding betrekking heeft**
Naam: Adres Postcode: Woonplaats Telefoonnummer E-mailadres:	O Dokter_____ O Doktersassistente_____ O Verpleegkundige_____ O Overig_____
Gegevens over toedracht van het gebeurde: Datum:	O Bij telefonisch contact O Bij balie/wachtruimte O Tijdens spreekuur behandeling
Het betreft een O Klacht O Terugkoppeling O Compliment	
Beschrijf zo nauwkeurig mogelijk uw klacht, terugkoppeling of compliment	

Wat wenst u dat wij met uw klacht doen?