**Klachtenformulier**

|  |
| --- |
| **Gegevens klager:** |
| Voornaam: | Achternaam: |
| Straat en huisnummer: | Postcode + woonplaats: |
| Telefoonnummer: | Emailadres: |

|  |
| --- |
| **Indien de klacht door iemand anders dan cliënt ingediend, dan ook gegevens indiener melden.** |
| Naam: |  |
| Adres: |  |
| Woonplaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| Emailadres: |  |
| Relatie tot cliënt: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum van indiening:** |  |

|  |
| --- |
| **Beschrijving van de klacht:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Gewenste oplossing:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Ondertekening:** |
| Door dit formulier te ondertekenen, verklaar ik dat ik alle verstrekte informatie naar waarheid heb ingevuld, en ga ik akkoord met zowel de procedure voor klachtenafhandeling als de privacyverklaring. |
|  |

Het formulier kan worden ingediend via de zorgverlener of via Info@oumniazusters.nl. Nadien zal zorgverlener eerst middels gesprekken proberen een oplossing te vinden voor de klacht. Mocht dit niet voldoende blijken zal er een gesprek plaatsvinden met de directie.

Nadien kan er een klacht ingediend worden bij de externe klachtencommissie:

CBKZ t.a.v.

Antwoordnummer 570

4200 WB GORINCHEM

Tel. 0183-682829