



Jeugdgezondheidszorg

Klachtenformulier voor de cliënt

-graag helemaal invullen-

Uw gegevens (degene die de klacht indient)

- Naam: _____ M/V
- Adres: _____
- Postcode + woonplaats: _____
- Telefoonnummer: 020 – _____
- Mobielnummer 06 – _____
- Email: _____

N.B. Kruis aan via welk middel wij bij voorkeur kunnen reageren op uw klacht.

Gegevens van de cliënt (dit kan iemand anders zijn dan de indiener)

Naam van de cliënt: _____

Geboortedatum cliënt: _____

Relatie tussen de indiener en de cliënt (bijv. ouder, echtgenote): _____

Aard van de klacht

Datum gebeurtenis: _____ Tijdstip: _____

- Categorie:
- Medisch handelen
- Advies en informatie
- Communicatie en bejegening
- Bureau organisatie

Omschrijving van de klacht:

(vervolg omschrijving klacht)

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij de JGZ verpleegkundige of verzenden naar:

SAG-JGZ:
T.a.v.: klachtencoördinator
Adres: Postbus 80417
Plaats: 1005 BK Amsterdam

Wij nemen na ontvangst binnen drie werkdagen contact met u op.

De SAG-JGZ is aangesloten bij:

De Landelijke Beroepscommissie Klachten (LBK)
Postbus 8258
3503 RG UTRECHT

Ontvangen
Datum:
Door:

In te vullen door de klachtencoördinator