

Klachten formulier

Met dit formulier kunt u een klacht indienen bij de klachtencommissie van Initiatief Zorg. Om uw klacht beter en sneller te kunnen behandelen vragen wij u onderstaande vragen zoveel mogelijk te beantwoorden.

A. Klacht afkomstig van

Client:	
Naam:	
Adres:	
Geboortedatum:	
Telefoon:	
Email:	

Als de klacht wordt ingediend door een vertegenwoordiger van de cliënt

Naam vertegenwoordiger:	
Relatie tot de cliënt:	
Adres	
Telefoon:	
Email:	

B. Omschrijving van de klacht

--

C. Plaats, datum en tijdstip van het vooral waarop de klacht betrekking heeft

--

D. Heeft u de klacht besproken?

Met betrokken medewerker(s):
Functie:
Met zijn/ haar mentor:
Met de klachtenfunctionaris:

E. Heeft u de klacht ook bij een instantie buiten Initiatief Zorg gemeld?

Zo ja, bij:

Ingevuld en ondertekend op d.d.:

Handtekening

Handtekening

.....

Client

.....

Vertegenwoordiger

Na het invullen en ondertekenen van dit formulier van dit formulier

1. Per brief verzenden aan de klachtenfunctionaris van Initiatief Zorg
2. Per email verzenden t.a.v. de klachtenfunctionaris Info@initiatiefzorg.nl