

Klachtenformulier Zorgbalans Wet BOPZ

Inleiding

Met dit formulier uit u schriftelijk uw klacht over de dienstverlening van Zorgbalans. Deze klachten worden behandeld door de Klachtencommissie van Zorgbalans. Wilt u hulp bij het invullen van dit formulier, belt u dan met de Cliënt vertrouwenspersonen via 023 – 8913503 / 8911734.

De ambtelijk secretaris van de Klachtencommissie neemt na ontvangst van uw klacht contact op en bespreekt met u de procedure die op de afwikkeling van uw klacht van toepassing is. Vult u in ieder geval de volgende vragen zorgvuldig in.

Klacht van

Cliënt

Naam : M/V
Adres :
Geboortedatum :
Locatie :

Klacht ingediend door een gemachtigde van klager

Gemachtigde

Naam :
Relatie cliënt :
Adres :
Telefoon / E-mail :

Omschrijving van de klacht

Plaats, datum en tijdstip van het voorval waarop de klacht betrekking heeft

Heeft u de klacht besproken?

Met betrokken medewerker(s)

Naam:

Functie:

Met zijn / haar leidinggevende

Naam:

Functie:

Heeft u de klacht ook bij een instantie buiten Zorgbalans gemeld?

Zo, ja bij:

Ingevuld en ondertekend op:

Handtekening
Cliënt

Handtekening
Gemachtigde

Machtiging

Voor inzage in het zorg- en cliëntdossier van:

Naam cliënt:

Geboortedatum:

Datum:

Handtekening:

Cliënt / gemachtigde

Na invulling en ondertekening het formulier opsturen naar:

Klachtencommissie Zorgbalans
Antwoordnummer 1827
2000 WC Haarlem
(postzegel niet nodig)