

## Klachtenformulier Zorgbalans

### Inleiding

Met dit formulier uit u schriftelijk uw onvrede over de dienstverlening van Zorgbalans. Wilt u hulp bij het invullen van dit formulier, bel dan de Klachtencoördinator via 023 - 8 918 408.

De Klachtencoördinator neemt na ontvangst van uw onvrede contact op en bespreekt met u op welke wijze uw onvrede kan worden behandeld. Zorgbalans streeft na om uw klacht binnen twee weken af te handelen. Om uw onvrede beter en sneller te kunnen behandelen vragen wij u om onderstaande vragen zoveel mogelijk te beantwoorden.

#### Onvrede van

Cliënt

Naam : M/V  
Adres :  
Geboortedatum :  
Locatie / buurtteam :

#### Onvrede 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:**

Klachtencoördinator Zorgbalans

Antwoordnummer 1827

2000 WC Haarlem

(postzegel niet nodig)

**Speciale procedure**

Klachten vallend onder de Wet BOPZ worden door de onafhankelijke klachtencommissie behandeld.