

Klachtenformulier Sint Annaklooster

Datum: _____

A. PERSONALIA ⁱ¹

Naam indiener

Achternaam: _____
Voorletters: _____
Straat en huisnummer: _____
Postcode en woonplaats: _____
Telefoon (mobiel en/of vast): _____/_____

Naam cliënt

Achternaam: _____
Voorletters: _____
Straat en huisnummer: _____
Postcode en woonplaats: _____
Telefoon (mobiel en/of vast): _____/_____

B. OVER WIE EN/OF WAAROM BENT U NIET TEVREDEN? ²

Graag kort toelichten a.u.b.

C. WAARUIT BESTAAT UW KLACHT?

Licht toe of motiveer uw ongenoegen door middel van een (bijgevoegde) brief. Geef hierin zo exact mogelijk weer waar (locatie), wanneer (dag, datum, tijdstip) en hoe (diagnose, behandeling, handelen of nalaten, bejegening) uw klacht is ontstaan.

D. WAT IS UW DOEL?

- Herstel van de behandel-/zorgrelatie met de hulpverlener
- Herstel van de vertrouwensrelatie met Sint Annaklooster
- Signaleren van tekortkoming(en)
- Kwaliteitsverbetering van de geboden zorg
- Genoegdoening
- Anders, nl. _____

E. VOORTRAJECT

Mijn bezwaar heb ik al besproken met:

- De persoon die het betreft
- De verantwoordelijke leidinggevende (teamhoofd, aanvoerder, manager)
- De klachtenfunctionaris
- Het Cliënt Service Bureau

¹ Indiener en cliënt hoeven niet dezelfde persoon te zijn. Het is van belang dat de cliënt zelf laat blijken dat zij/hij de klacht onderschrijft door de indiener te machtigen om namens haar/hem te handelen (zie F.). Bij overlijden wordt volgens de wettelijke richtlijn gehandeld!

² Volgens de wet is "de Zorgaanbieder" Sint Annaklooster, met alle medewerkers die voor deze stichting werkzaam zijn. Uw bezwaar moet zich richten tegen een specifieke persoon of personen.

Klachtenformulier Sint Annaklooster

Mijn klacht leg ik nu ter behandeling voor aan de onafhankelijke klachtenfunctionaris:

- Op eigen initiatief
- Op advies van de klachtenfunctionaris
- Op advies van het Cliënt Service Bureau
- Op advies van de Cliëntenraad

F. MACHTIGING INZAGE DOSSIER

Ondergetekende(n) gaat/gaan ermee akkoord dat de onafhankelijke Klachtenfunctionaris, voor zover nodig, haar/zijn medisch en/of verpleegkundig/begeleidingsdossier inziet en nadere informatie mag inwinnen bij alle betrokken personen bij de zorg- en dienstverlening.

Cliënt	Wettelijk vertegenwoordiger /Gemachtigde
Volledige Naam:	Volledige naam:
Handtekening:	Handtekening:

NB: Het is noodzakelijk dat de cliënt zelf aangeeft dat het cliëntdossier mag worden ingezien. Het is in het kader van de Wet op de Privacy niet toegestaan dat de zorgverlener, zonder de toestemming van de betrokken cliënt, informatie verstrekt aan derden.

G. ONDERTEKENING

Indiener	Cliënt (indien niet dezelfde persoon als indiener)
Volledige naam:	Volledige naam:
Handtekening:	Handtekening:
Plaats en datum:	Plaats en datum:

H. INDIENEN

U kunt het ingevulde en ondertekende formulier, uw klachtenbrief en een kopie van uw identiteitsbewijs opsturen naar:

Ambtelijk Secretaris Klachtenfunctionaris
Postbus 1181
5602 BD Eindhoven