



Huisartsenpraktijk Amsterdam Noord
Beverwijkstraat 9c
1024 VR Amsterdam
020-4940229
assistente@hapan.nl

Klachtenformulier voor de patiënt

Naam: _____
Adres: _____
Postcode + woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____
E-mail adres: _____

Reden van de klacht

Datum gebeurtenis en tijdstip: _____
De klacht gaat over:
<input type="checkbox"/> Medisch handelen van medewerker
<input type="checkbox"/> Bejegening door medewerker
<input type="checkbox"/> Organisatie huisartsenpraktijk
<input type="checkbox"/> Administratieve afhandeling
<input type="checkbox"/> Iets anders

Omschrijving van de klacht

--