

## INDIENEN KLACHT

Datum : .....  
Naam patiënt : .....  
Geboorte datum : .....  
Telefoon : .....  
Mobiel nummer : .....  
Naam behandeld therapeut : .....

### Gegevens klacht

- Wat is de klacht?

.....  
.....  
.....  
.....

- Oorzaak/aanleiding klacht?

.....  
.....  
.....

Hoe kan de klacht opgelost worden en binnen welke termijn?

- Volgens de patiënt?

.....  
.....

- Volgens de betrokken huidtherapeut?

(indien van toepassing)

.....  
.....  
.....

Formulier in te vullen door klachten functionaris.

### MAATREGELEN M.B.T. DE KLACHT

Welke maatregelen (correctieve en/of corrigerende en/of preventieve) zijn/moeten er getroffen worden?

.....  
.....  
.....  
.....

Wie zijn erbij betrokken?

.....  
.....  
.....  
.....

### EVALUATIE

Datum: .....

Heeft de verbeteractie geleid tot het gewenste resultaat?

.....  
.....

Is de klacht na het verbetertraject naar tevredenheid voor alle betrokkenen opgelost?

.....  
.....  
.....

### ONDERTEKENING

Datum: .....

Handtekening voor akkoord:

Klachten functionaris:

Patiënt:

.....

.....