Klachtenformulier klanten Arons Zorg

Voor het indienen van een klacht vragen we u dit formulier in te vullen en in te leveren bij de Klachtenfunctionaris van Arons Zorg.

**Gegevens van de klant**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam Klant: |  |
| Adres:  |  |
| Postcode & woonplaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| E-mailadres: |  |
| Evt. gegevens melder: |  |

**Gegevens over de klacht**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum indienen klacht: |  |
| Datum waarop klacht is veroorzaakt: |  |
| Omschrijving klacht: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Aanvullende informatie (indien van toepassing)**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam betrokken medewerker: |  |
| Afdeling betrokken medewerker: |  |
| Leidinggevende: |  |
| Is de klacht besproken met de betrokken medewerker? 🞎 Ja 🞎 Nee, want |
|  |
| Reactie van medewerker op de ingediende klacht;  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Is de betrokken medewerker geïnformeerd over uw klacht? 🞎 Ja 🞎 Nee, want |

**Toestemming**

De betrokken klant is geïnformeerd over de mogelijkheid dat het Zorgleefplan / Klantendossier ingezien wordt om op die manier aanvullende informatie over de klacht te verzamelen.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |  |
| Naam ontvanger klacht:  |  |
| Handtekening: |  |

 **In te vullen door de Klachtenfunctionaris**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum ontvangst klacht: |  |
| Volgnummer klacht: |  |
| Paraaf: |  |