

# Voor Klachtencommissie

## **JOUW GEGEVENS** (deze gegevens graag zo volledig mogelijk invullen)

Naam + voorletter(s): ..... man vrouw

Geboortedatum: ..... Afdeling / voorziening: .....

Adres: .....

Postcode + woonplaats: .....

Telefoonnummer: .....

E-mailadres: .....

Eventueel vertegenwoordigd door: .....

Adres, postcode, woonplaats: .....

Telefoonnummer: .....

Betrekking tot cliënt: .....

## **JOUW KLACHT**

Mijn klacht gaat over de volgende persoon: .....

Geef een korte omschrijving van jouw klacht:

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

Heb je je klacht al besproken met de klachtenfunctionaris? In de meeste gevallen leidt dit tot een oplossing naar tevredenheid. Bel 088-606 1978 of mail [klachtenfunctionaris@iriszorg.nl](mailto:klachtenfunctionaris@iriszorg.nl). Ja | nee

Zodra jouw klacht ontvangen is door de secretaris van de klachtencommissie, krijg je bericht, mits je je telefoonnummer of e-mailadres hebt ingevuld.

Heeft je klacht betrekking op verplichte zorg (Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) of Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg (WVGZ))?

Ja | nee

**Geef je toestemming voor overdracht van relevante informatie uit je dossier aan de klachtenfunctionaris?**

Ja | nee

Datum:

Handtekening:

**Gelieve dit formulier (met eventuele bijlagen) te mailen naar [klachtencommissie@ggnet.nl](mailto:klachtencommissie@ggnet.nl). Je kan een scan mailen of een duidelijke foto van het ondergetekende formulier.**