



Wkkgz Klachtenformulier patiënten/cliënten GGz Centraal

Heeft u vragen over dit
formulier?

Bel de klachtenfunctionaris

Telefoonnummers: zie pagina 5

Datum klachtmelding:

Datum ontvangst klachtmelding:

Klachtnummer:

RVZe:

(NB Deze gegevens worden ingevuld door het secretariaat)

1. Gegevens klager

Naam:	man vrouw anders
Voorletters:	
Geboortedatum:	
opgenomen op (locatie, afdeling):	
indien ambulant: adres, postcode en woonplaats:	
Telefoonnummer:	
e-mailadres:	

2. Gegevens vertegenwoordiger van klager

(Dit blok alleen invullen als de klacht namens de cliënt/patiënt, dus door een ander wordt ingediend)

Naam:	man vrouw anders
Voorletters:	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoonnummer:	
e-mailadres (indien van toepassing):	
Uw relatie tot de klager	echtgenoot partner ouder kind voogd curator mentor nabestaande
	Anders:

Ik, klager, geef toestemming aan de hierboven genoemde vertegenwoordiger om namens mij de klacht in te dienen (invullen indien van toepassing):

plaats:

datum:

handtekening:

3. Op welke hulpverlener(s) heeft uw klacht betrekking?

Naam:		man	vrouw
Afdeling:			
Functie:			

Naam:		man	vrouw
Afdeling:			
Functie:			

Naam:		man	vrouw
Afdeling:			
Functie:			

4. De klacht(en)

Korte omschrijving van de klacht (zo mogelijk met vermelding van data en feiten):
(u kunt een aanvulling bijvoegen)

Wat kan volgens u worden gedaan om de klacht te verhelpen?

Ik heb de patiënten-vertrouwenspersoon (PVP) gevraagd mij bij de behandeling van de klacht ondersteunen¹.

Naam PVP

Ik heb iemand anders voor ondersteuning gevraagd:

Ik heb niemand gevraagd mij te ondersteunen/bij te staan: juist onjuist

5. Inschakelen klachtenfunctionaris

Wenst u de onafhankelijke bemiddeling van een klachtenfunctionaris?

Nee

Ja

Indien u kiest voor Ja, dan geeft u toestemming om alle relevante cliëntgegevens over de klacht die noodzakelijk zijn voor klachtbemiddeling, uit te wisselen met de klachtenfunctionaris.

6. Ondertekening

Handtekening klager:

Datum:

Handtekening patiënt/cliënt

(als de klager niet tevens de betrokken patiënt/cliënt is:

Datum:

U kunt uw klacht(meldingsformulier) ook per e-mail bij het klachtenbureau indienen;
klachtenfunctionaris@ggzcentraal.nl

¹ Een patiënt/cliënt kan zich bij het indienen/behandelen van een klacht laten bijstaan. Het staat een patiënt/cliënt vrij hiervoor iemand te vragen waarin hij vertrouwen heeft. Dat kan een patiënten vertrouwenspersoon (PVP) zijn. Een PVP is in dienst van de stichting PVP en dus niet in dienst van GGZ Centraal. Zie voor de PVP-en die in GGZ Centraal werkzaam zijn: pagina 6 van dit formulier.

Uw klacht wordt vertrouwelijk behandeld.

Klachtenfunctionaris patiënten/cliënten GGz Centraal:

Postadres intern

Klachtenfunctionaris patiënten/cliënten GGz Centraal
De Brink, Amersfoort

Postadres extern

Klachtenfunctionaris patiënten/cliënten GGz Centraal
Postbus 3051, 3800 DB Amersfoort

Voor meer informatie en/of voor het opvragen van documenten kunt bellen met:

Veronique van Lieshout: 06 - 53321575 of email: v.vanlieshout@ggzcentraal.nl

Patiëntenvertrouwenspersoon (PVP) werkzaam in GGz Centraal:

U vindt alle informatie over de patiëntenvertrouwenspersonen op onze website

Kijk op www.ggzcentraal.nl/pvp