



GGNet

# KLACHTENFORMULIER

Voor of namens patiënt

---

## Klager

Naam : \_\_\_\_\_ man/vrouw<sup>1</sup>  
Voorletters : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
Huisadres : \_\_\_\_\_  
Postcode : \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer : \_\_\_\_\_  
E-mailadres : \_\_\_\_\_  
Behandelafdeling : \_\_\_\_\_

## Vertegenwoordiger/ondersteuner *(alleen invullen als dit van toepassing is)*

Naam : \_\_\_\_\_ man/vrouw<sup>1</sup>  
Voorletters : \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode : \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer : \_\_\_\_\_  
E-mailadres : \_\_\_\_\_

**Ik geef toestemming aan bovengenoemde vertegenwoordiger om namens mij een klacht in te dienen:**

Plaats: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_

## Waarop/op wie<sup>1</sup> heeft de klacht betrekking? *(alleen invullen wat van toepassing is)*

Naam : \_\_\_\_\_ man/vrouw<sup>1</sup>  
Functie : \_\_\_\_\_  
Afdeling : \_\_\_\_\_  
Adres afdeling : \_\_\_\_\_  
Postcode : \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_



**Is dit een bijzondere klacht? Dat is een klacht die samenhangt met de Wet op de Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)?:**

ja / nee<sup>1</sup>

**Zo ja: betreft dit een schorsingsverzoek?**

ja / nee<sup>1</sup>

**Korte omschrijving van de klacht(en)<sup>2</sup>**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Plaats:\_\_\_\_\_ Datum:\_\_\_\_\_ Handtekening:\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Doorhalen wat niet van toepassing is

<sup>2</sup> Een uitgebreide schriftelijke verklaring mag als bijlage aan het formulier toegevoegd worden

De klachtenfunctionaris neemt uw klacht in ontvangst en zal, waar nodig, aanvullende informatie inwinnen. Als uw klacht door de klachtencommissie wordt behandeld, zullen zij vóór behandeling van uw klacht een onderzoek instellen. De klachtenfunctionaris en de klachtencommissie hebben uw toestemming nodig voor inzage in uw dossier.

**Ik geef wel/geen<sup>1</sup> toestemming tot inzage in mijn dossier ten behoeve van de klachtenbehandeling:**

Plaats:\_\_\_\_\_ Datum:\_\_\_\_\_ Handtekening:\_\_\_\_\_

**Ik geef wel/geen<sup>1</sup> toestemming om via e-mail met mij te corresponderen over mijn klacht:**

Plaats:\_\_\_\_\_ Datum:\_\_\_\_\_ Handtekening:\_\_\_\_\_

**Wilt u dit klachtenformulier volledig ingevuld en ondertekend sturen aan:**

Klachtenfunctionaris GGNet  
Antwoordnummer 7513  
7230 ZX Warnsveld

**U kunt het formulier per post verzenden of het (ingevulde en ondertekende) formulier scannen en per e-mail sturen naar [klacht@ggnet.nl](mailto:klacht@ggnet.nl). LET OP: In geval van BOPZ-klachten het formulier altijd per mail verzenden!**

Bij de ontvangstbevestiging van uw klacht krijgt u de officiële klachtenregeling toegezonden. U kunt deze ook vinden op de website van GGNet of inzien bij de secretariaten van alle afdelingen en bij de patiëntenvertrouwenpersoon van GGNet. Als u hulp wilt hebben bij het opstellen van uw klacht, kunt u terecht bij de patiëntenvertrouwenspersoon of bij de klachtenfunctionaris.

Meer informatie over de klachtenbehandeling, evenals de meest actuele versie van dit klachtenformulier, kunt u vinden op de GGNet-website ([www.ggnet.nl](http://www.ggnet.nl) via 'Over GGNet' > 'Voor patiënten' > 'Klachten').

Heeft u nog vragen, dan kunt u contact opnemen met de klachtenfunctionaris:

Klachtenfunctionaris GGNet  
Bezoekadres : Vordenseweg 12, Warnsveld  
Telefoon: 088 – 933 48 69  
E-mail: [klacht@ggnet.nl](mailto:klacht@ggnet.nl)

-----  
*In te vullen door de klachtenfunctionaris*

Datum ontvangst: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_ Paraaf: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Doorhalen wat niet van toepassing is

<sup>2</sup> Een uitgebreide schriftelijke verklaring mag aan het formulier toegevoegd worden

T002

Oktober 2018