



KLACHTENFORMULIER

s.v.p. zo volledig mogelijk invullen

Naam patiënt : de heer / mevrouw
Adres :
Postcode / Woonplaats :
Telefoonnummer :
Geboortedatum :
Patiëntnummer :
(rechtsboven ponsplaatje, 7 cijfers)

Indien patiënt niet zelf de klager is, klacht ingediend door:

Naam : de heer / mevrouw
Relatie tot de patiënt : partner / ouder / familie / gemachtigde / anders
Adres :
Postcode / Woonplaats :
Telefoonnummer :

Datum van de gebeurtenis:

De klacht is gericht tegen:

Naam persoon :
Functie :
Afdeling :

Omschrijving klacht :

Datum:

Handtekening:

indien nodig kunt u ook de achterkant gebruiken

Formulier sturen aan:

academisch ziekenhuis Maastricht
Directie patiëntenzorg, klachtenfunctionaris
Postbus 5800
6202 AZ Maastricht

Telefoonnr. klachtenfunctionaris: 043-3874204, maandag t/m donderdag, 10.00–12.00 uur