|  |
| --- |
| Beth Shamar, Zorg & WelzijnKlachtenformulier |

|  |
| --- |
| Algemene gegevens |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum van melding |       |
|  |
| Naam cliënt: |       | Voorletters: |       |
| Adres: |       | Postcode: |       |
| Woonplaats: |       | Telefoonnummer: |       |
| Ingediend bij: |       | Functie: |       |

|  |
| --- |
| *Invullen indien cliënt vertegenwoordigd wordt* |
|  |
| Naam vertegenwoordiger: |       |
| Telefoonnummer |       |
| Relatie tot cliënt  |       |

|  |
| --- |
| Omschrijving klacht |
|       |

|  |
| --- |
| Aldus naar waarheid ingevuld en ondertekend |
| Datum: |       | Handtekening: |       |
|  |

|  |
| --- |
| Acties n.a.v. klacht |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Acties** | **Door** | **Datum** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |
| --- |
| Status klacht |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | De klacht is afgerond op:  |        |
| [ ]  | De klacht is overgedragen aan de Directie |        |
| [ ]  |  |        |

|  |  |
| --- | --- |
| Nummer klacht: |       |