|  |  |
| --- | --- |
| ***In te vullen door secretariaat Klachtencommissie*** | |
| *Ingekomen* |  |
| *Klachtnummer* |  |
| *Tip: ‘Tab’-toets = volgende veld, ‘Shift’ - en ‘Tab’-toets = vorige veld. Binnen het grijze invulvak blijven a.u.b.* | |
| ***Persoonsgegevens patiënt/klager*** | |
| *Achternaam* |  |
| *Voornaam* |  |
| *Geslacht* | Man  Vrouw |
| *Geboortedatum* |  |
| *Mailadres* |  |
| *Telefoonnummer* |  |
| *Postadres* |  |
| *Postcode* |  |
| *Woonplaats* |  |
| ***Dit blok alleen invullen als patiënt niet zelf als klager optreedt*** | |
| *Achternaam patiënt* |  |
| *Voornaam patiënt* |  |
| *Geslacht patiënt* | Man  Vrouw |
| *Geboortedatum patiënt* |  |
| *Mailadres patiënt* |  |
| *Telefoonnummer patiënt* |  |
| *Postadres patiënt* |  |
| *Postcode patiënt* |  |
| *Woonplaats patiënt* |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Zorgaanbieder*** | | | | | | |
| *Bent u momenteel in zorg bij een zorgaanbieder?* | | Ja  Nee | | | | |
| *Bij welke zorgaanbieder bent u in zorg?* | | Altrecht  UMCU  Sint Antonius Ziekenhuis | | | | |
| *Bij welke afdeling?* | |  | | | | |
| *Bent u bij de zorgaanbieder opgenomen?* | | Ja  Nee | | | | |
| *Zo ja, op welke unit verblijft u?* | |  | | | | |
| ***Uw klacht*** | | | | | | |
| *Zorgaanbieder waar uw klacht betrekking op heeft* | | Altrecht  UMCU  Sint Antonius Ziekenhuis | | | | |
| *Afdeling/unit waar uw klacht betrekking op heeft* | |  | | | | |
| ***Op welke persoon/personen heeft de klacht betrekking?*** | | | | | | |
| ***1.*** *Naam* |  | | ***2.*** *Naam* | |  | |
| *Functie* |  | | *Functie* | |  | |
| *Afdeling* |  | | *Afdeling* | |  | |
| ***Is de klacht besproken met de afdelingsleiding?*** | | | | | | Ja  Nee |
| ***Stemt de klager in met een bemiddelingspoging door de klachtencommissie?***  *Niet verplicht!* | | | | | | Ja  Nee |
| ***Wilt u ondersteuning, bijvoorbeeld door een PVP?*** | | | | | | Ja  Nee |
| *Zo ja, naam graag invullen a.u.b.* | |  | | | | |
| ***Handtekening klager*** | | | | *Datum* |  | |
|  | |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Beschrijf hier kort uw klacht*** | | | |
|  | | | |
| ***Wat kan er volgens u gedaan worden om de klacht te verhelpen?***  *(Heeft u niet genoeg schrijfruimte? Het invulvak past zich automatisch aan als u meer ruimte nodig heeft)* | | | |
|  | | | |
| ***Verklaring inzage dossier*** | | | |
| *Voor een goede en zorgvuldige behandeling van uw klacht kan het nodig zijn, dat de leden van de Klachtencommissie gegevens uit uw elektronisch patiëntendossier inzien. Hiertoe verzoeken wij u  onderstaande toestemmingsverklaring in te vullen.* | | | |
| *Ondertekende geeft de GGZ Klachtencommissie Patiënten en Naasten Utrecht (GKPNU) toestemming voor inzage in de gegevens van het elektronisch patiëntdossier van de patiënt of een afschrift daarvan, voor zover noodzakelijk voor de afhandeling van de thans ingediende klacht.* | | | |
| *Achternaam* |  | | |
| *Voornaam* |  | | |
| *Geboortedatum* |  | | |
| *Mailadres* |  | | |
| *Postadres* |  | | |
| *Postcode* |  | | |
| *Woonplaats* |  | | |
| ***Handtekening patiënt*** | | *Datum* |  |
|  |
|  |
| ***Indien van toepassing***  ***handtekening (wettelijk) vertegenwoordiger*** | | *Datum* |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| *Dit Wvggz-klachtenformulier kunt u (volledig ingevuld en ondertekend) terugsturen aan:*  ***GGZ Klachtencommissie Patiënten en Naasten Utrecht (GKPNU)***  *p/a WA-Huis, Gebouw Doelen, Lange Nieuwstraat 119, 3512 PG Utrecht.*  *Telefoon: 06-30 58 40 44*  *Een Wvggz-klacht kunt u bij voorkeur per mail aan de klachtencommissie sturen:*  [*Klachtencommissiepatienten@utrechtggz.nl*](mailto:Klachtencommissiepatienten@utrechtggz.nl)*.*  *Met betrekking tot de klachtbehandeling van de commissie is het Reglement  van de GGZ Klachtencommissie Patiënten en Naasten Utrecht van toepassing.*  *Dit ligt ter inzage op de afdelingen. U kunt het ook per mail aanvragen bij de GKPNU.* |