



Formulier voor een klacht in het kader van de wet Wkkgz

Aan de Klachtenfunctionaris GGzE

Dr. Poletlaan 39, kamer B0.09, Postvak DP 3918

5626 NC EINDHOVEN

E: klachtenfunctionariszorgbelang-brabant.nl | www.ggze.nl

Naam:

Geboortedatum:

Telefoonnummer en e-mailadres:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Adres:

Postcode en woonplaats:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Afdeling/eenheid:

Juridische status:

Ik ben :

<input type="checkbox"/> Cliënt	<input type="checkbox"/> Familie van cliënt	<input type="checkbox"/> Partner van cliënt	<input type="checkbox"/> Vriend/kennis van cliënt	<input type="checkbox"/> Anders, nl:
---------------------------------	---	---	---	--------------------------------------

Beschrijf uw klacht, inclusief naam afdeling en/of medewerker :

(*): door ondertekening van dit formulier verleen ik toestemming aan de Klachtenfunctionaris GGzE om met betrokkenen bij deze melding contact op te nemen.

Datum:

.....

Handtekening (*):

