
Bemiddeling:

Stemt u in met een bemiddelingspoging: Ja / Nee

Inzage dossier:

Voor een zorgvuldige afhandeling van uw klacht kan het nodig zijn, dat leden van de Klachtencommissie voor patiënten en naasten het dossier over de behandeling van de betrokken patiënt inzien.

Patiënt / wettelijk vertegenwoordiger geeft toestemming tot inzage in de behandelgegevens:

Datum:

Handtekening patiënt:

Machtiging (alleen invullen indien patiënt niet zelf als klager optreedt):

Om een klacht die niet door de patiënt zelf wordt ingediend te kunnen behandelen, is het nodig dat de klachtencommissie een verklaring ontvangt waaruit blijkt dat de betrokken patiënt de klager machtigt dit namens hem/haar te doen.

Hierbij machtig ik, _____ (naam patiënt), mevrouw _____ en/of de heer _____, namens mij op te treden tijdens de behandeling van mijn klacht door de Klachtencommissie voor patiënten en naasten van GGZ Friesland:

Datum:

Handtekening patiënt:

Ondertekening klager:

Datum:

Handtekening klager:

Dit formulier kunt u (ingevuld en ondertekend) sturen naar de Klachtencommissie voor patiënten en naasten van de Stichting GGZ Friesland, t.a.v. de ambtelijk secretaris, per postadres: Postbus 932, 8901 BS te Leeuwarden of per e-mail: klachtencommissie@ggzfriesland.nl.

Bij het behandelen van een klacht door de klachtencommissie voor patiënten en naasten is de klachtenregeling GGZ Friesland van toepassing. Dit kunt u vinden op de website van GGZ Friesland en is ook op te vragen bij de ambtelijk secretaris.