Klachtenformulier over verplichte zorg (Wvggz)

Uw klacht wordt behandeld door de regionale Klachtencommissie Wvggz zoals voorgeschreven in het klachtenreglement. Dit kunt u vinden op de website van GGZ Drenthe en is op te vragen bij de secretaris.
Indien u het formulier met pen invult, wilt u dan BLOKLETTERS gebruiken.

1. Klager

Voorletter(s)	
Achternaam	
Geboortedatum	
Geslacht	Man / Vrouw / Anders / Wil ik niet zeggen *(streep door wat niet van toepassing is)*
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
E-mail	
Telefoon	
Afdeling en behandelaar	

2. Naasten

Alleen invullen als patiënt niet als klager optreedt

Achternaam en voorletter(s)	
Relatie tot patiënt	

3. Op welke persoon of personen heeft de klacht betrekking?

Naam en afdeling invullen

4. Datum/ periode van mijn klacht

5. Korte omschrijving van de klacht

Als de ruimte hieronder te krap is, mag u uw klacht nader toelichten in een bijlage

6. Inzage dossier

Patiënt/ wettelijk vertegenwoordiger geeft toestemming tot inzage in de behandelgegevens.
Inzage in het patiëntendossier wordt gedeeld met de Klachtencommissie, klager, verweerder(s) en de patiëntenvertrouwenspersoon/ wettelijke vertegenwoordiger indien deze is ingeschakeld.

Datum	
Handtekening patiënt	

7. Machtiging

(Alleen invullen als patiënt niet 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 _____ **(NAAM GEMACHTIGDE)**, namens mij op te treden tijdens de behandeling van mijn klacht door de regionale Klachtencommissie Wvggz Drenthe.

Datum	
Handtekening patiënt	

8. Patiëntenvertrouwenspersoon

Heeft u contact gehad met een patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) omtrent uw klacht?

Zo ja, **NAAM VAN DE PVP**: _____

Zo nee, vindt u het akkoord dat de Klachtencommissie de pvp op de hoogte brengt van uw klacht? Ja / Nee *
(streep door wat niet van toepassing is)*

9. Ondertekening klager

Datum	
Handtekening patiënt	

Dit formulier kunt u (ingevuld en ondertekend) sturen naar de **regionale Klachtencommissie Wvggz Drenthe, t.a.v. de secretaris, Postbus 30007, 9400 RA Assen** of per mail: klachtencommissie.patienten@ggzdrenthe.nl.