|  |
| --- |
| Beth Shamar, Zorg & Welzijn  Klachtenformulier |

|  |
| --- |
| 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: |  |