

 Klachtenformulier

Alle medewerkers van Therafit doen hun best u zo goed mogelijk te helpen. Heeft u toch een klacht over de behandeling of de manier waarop uw therapeut met u omgaat, dan is het van belang om dit kenbaar te maken. U kunt uw klacht eerst bespreken met uw behandelend therapeut. Mocht uw klacht niet bespreekbaar zijn of levert het gesprek met uw behandeld therapeut niet het gewenste resultaat op, dan kunt u een klacht indienen middels het invullen van dit formulier.

Indienen klacht

Datum : ……………………………………

Naam patiënt : …………………………… Geboorte datum :…………………………

Telefoon : ………………………………… Mobiel nummer : …..……………..………

Naam behandelend : ……………………………………
therapeut

**Gegevens klacht**• Wat is de klacht? …….……………………………………………………………….…………...… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

• Oorzaak/aanleiding klacht?.....……………………………………………………………...……… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………….

**Hoe kan de klacht opgelost worden en binnen welke termijn?**• Volgens de patiënt?..…………………………………………………...……………….………...… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….

• Volgens de betrokken fysiotherapeut?.…………………………………………………….……… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

 *U bent klaar met het invullen van het klachtenformulier en u kunt deze inleveren bij Therafit. De praktijkeigenaar zal uw klacht in behandeling nemen en met u een evaluatie inplannen.*

Naam ontvanger :…………………………………… (medewerker)



 Klachtenformulier

De praktijkeigenaar neemt uw klacht in behandeling en vult deze zijde van het formulier in. Uw klacht zal met u geëvalueerd worden, waarbij dit formulier met u doorgenomen wordt.

**Maatregelen m.b.t. de klacht**

Welke maatregelen (correctieve en/of corrigerende en/of preventieve) zijn/moeten er getroffen worden? …………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………….

Wie zijn erbij betrokken? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... …………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Evaluatie**

Datum: ………………………………………

Heeft de verbeteractie geleid tot het gewenste resultaat?………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Is de klacht na het verbetertraject naar tevredenheid voor alle betrokkenen opgelost?…..……
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..

**Ondertekening** **Datum:** …………………………...

**Handtekening voor akkoord:**

*Betrokken fysiotherapeut: Patiënt: Praktijkeigenaar:*
……………………………………… ……………………………………… ………..………………………