

In de brochure 'Klachtenopvang' staat vermeld, welke mogelijkheden er zijn voor klachtenopvang in het Erasmus MC. Het is belangrijk dat u eerst deze brochure leest, zodat u weet waarvoor en wanneer u dit formulier kunt gebruiken! Na het invullen kunt u dit formulier in een ongefrankeerde enveloppe toezenden aan: Erasmus MC, Klachtenopvang, Antwoordnummer 55, 3000 WB Rotterdam. U ontvangt binnen enkele dagen na ontvangst een reactie.

Omschrijving klacht

Wat is er gebeurd en wat zijn de (mogelijke) gevolgen ervan voor u als patiënt en eventueel voor anderen?

Mocht deze ruimte niet voldoende zijn om uw klacht te omschrijven dan kunt u op een apart blad aanvullende informatie vermelden en dit blad met het formulier meegezenden.

Omschrijving klacht

1. Wanneer speelde de hierboven beschreven gebeurtenis zich af (datum of periode)? _____
 2. Gaat uw klacht over een bepaalde afdeling? ja nee
Zo ja, over welke afdeling? _____
Betrokken locatie* Erasmus MC (centrumlocatie) Erasmus MC-Sophia Erasmus MC-Daniel den Hoed
 3. Gaat uw klacht over een bepaalde medewerker van het ziekenhuis?* ja nee
Zo ja, wat is de naam en de functie van deze medewerker? _____

 4. Heeft u uw klacht besproken met een medewerker van dit ziekenhuis?* nee
 ja, met degene tegen wie de klacht is gericht
 ja, met zijn/haar leidinggevende
 ja, met de klachtenfunctionaris
 ja, met _____
- Zo ja, wanneer? _____ / _____ / _____
- Met welk resultaat? _____
- Stelt u bemiddeling van uw klacht op prijs? * ja nee

*) Graag aankruisen wat van toepassing is.

Persoonlijke gegevens patiënt

Naam en voorletters _____

Geboortedatum _____ / _____ / _____

Patiëntnummer _____

Straat _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Telefoonnummer _____ Mobiel _____

Emailadres _____

Datum _____ / _____ / _____ Handtekening patiënt _____

Indien namens de patiënt een klacht wordt ingediend dient de patiënt op de hoogte te zijn van het indienen van de klacht. Wij vragen u om de patiënt, namens wie u een klacht indient, dit formulier mede te laten ondertekenen. Hierdoor machtigt hij of zij u tot het indienen van een klacht.

(Let op: als de patiënt tussen de 12 en 16 jaar is, dient u de patiënt dit formulier mede te laten ondertekenen).

Het onderstaande behoeft uiteraard niet ingevuld te worden indien de patiënt hiertoe niet in staat is.

Ondergetekende patiënt machtigt tot het indienen van deze klacht _____ (naam indiener)

Datum _____ / _____ / _____ Handtekening patiënt _____

Persoonlijke gegevens gemachtigde

Met het invullen van uw e-mailadres gaat u ermee akkoord dat het Erasmus MC, waar mogelijk, digitaal met u over uw klacht zal communiceren.

Naam en voorletters _____

Welke relatie heeft u tot de patiënt/bezoeker _____

Straat _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Telefoonnummer _____ Mobiel _____

Emailadres _____

Datum _____ / _____ / _____ Handtekening indiener _____