

## FORMULIER KLACHTENREGISTRATIE

Datum	.....
Naam cliënt	.....
Adres	..... .....
<i>Locatie / Afdeling/ Wijk of Thuiszorgteam</i>	..... .....
Naam melder	.....
Adres	..... .....
Telefoon	.....
Email	.....
<i>Melder is</i>	
<input type="checkbox"/> Cliënt	
<input type="checkbox"/> Relatie van cliënt, nl:	.....
1e Contactpersoon	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> Anders, nl	.....

**Omschrijving van de klacht/ het ongenoegen**

**Bemiddeling/ afhandeling gewenst door:**

- Leidinggevende van de afdeling / het team
- Locatiemanager / managementteam lid
- klachtenbemiddelaar

**Genomen besluit / maatregel / advies naar aanleiding van de klacht**

**Afhandeling:**

- cliënt is tevreden
- Cliënt is niet tevreden en wenst:
- alsnog afhandeling door het management teamlid
  - doorverwijzing naar de Facit klachtencommissie
  - behandeling door de landelijke geschillencommissie
  - geen verdere actie

**Advies en/ of hulp bij het invullen gewenst, of heeft u een vraag:**

neem dan contact op met de klachtenbemiddelaar, Ina Klok, via:

- 072-575 3600
- i.klok@magentazorg.nl
- Aanwezig op dinsdag en donderdag

**Formulier ontvangen d.d. ....**