

KLACHTENFORMULIER ALTERNATIEVE BEHANDELAARS

NBCG 'YI' staat voor zorg, waarbij u als patiënt centraal staat. De manier van werken wordt gekenmerkt door aandacht voor u als patiënt, betrouwbaarheid, vertrouwen en respect voor de ander. Vanuit de NBCG 'YI' willen wij dat er hoge eisen aan de zorgverlening en aan de omgang met patiënten worden gesteld. Zorgverlening is echter mensenwerk. In de meeste gevallen begrijpen wij elkaar prima en verloopt alles goed. Het kan echter gebeuren dat de zaken niet verlopen als u gehoopt had en dat u achteraf ontevreden bent over de dienstverlening van de behandelaar of over uw behandeling. De NBCG 'YI' vindt het belangrijk dat klachten bespreekbaar zijn en in goede verstandhouding met u worden opgelost.

Wij stellen het op prijs als u allereerst zelf probeert met de direct betrokkene(n) in gesprek te komen. Wij streven er namelijk naar de klacht zo dicht mogelijk bij de plaats waar het probleem is ontstaan, op te lossen. Indien het probleem met de betrokkene niet op te lossen is, kunt u met dit formulier uw klacht(en) kenbaar maken.

Het biedt ons in de eerste plaats de mogelijkheid u op passende wijze tegemoet te treden en in de tweede plaats de kwaliteit van onze zorgverlening te verbeteren.

Achternaam	<input type="text"/>	Voorletters	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	Geslacht	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
Straatnaam	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/> Toevoeg. <input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Te bereiken	<input type="checkbox"/> Ochtend <input type="checkbox"/> Middag <input type="checkbox"/> Avond		

Uw alternatieve behandelaar

Vul hieronder de gegevens in van uw alternatieve behandelaar.

Naam Kliniek	<input type="text"/>	Reg. nr.	<input type="text"/>
Naam behandelaar	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/> Toevoeg. <input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>	Plaats	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>		

Plaats en datum waarop het incident heeft plaatsgevonden.

Plaats	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>

Aard van de klacht(en)

Selecteert u de aard van uw klacht(en)

<input type="checkbox"/> Hygiëne- en sterilisatienorm	<input type="checkbox"/> Behandelwijze	<input type="checkbox"/> Oneigenlijk gebruik NBCG Yi keurmerk
<input type="checkbox"/> Voorlichting	<input type="checkbox"/> Taal	<input type="checkbox"/> Telefonische bereikbaarheid
<input type="checkbox"/> Tarieven	<input type="checkbox"/> Hygiëne- en sterilisatienorm	<input type="checkbox"/> Hygiëne- en sterilisatienorm
<input type="checkbox"/> Anders nl.	<input type="text"/>	

Ga verder op pagina 2 omschrijving van uw klacht(en)



KLACHTENFORMULIER ALTERNATIEVE BEHANDELAARS

Omschrijving van uw klacht(en)

Geef een zo duidelijk mogelijke omschrijving van uw klacht(en)

Ondertekening

Stuur na ondertekening dit klachtenformulier aan onderstaand adres tezamen met de gevraagde informatie.

Nederlandse Beroepsvereniging Chinese Geneeswijzen
T.a.v. Klachtencommissie
Antwoordnummer 1305
6800 VC Arnhem

Plaats

Datum

 - -

Aantal bijlage(n)

Handtekening

