**Klachten registratie formulier**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum:** |  |
| **Naam:** |  |
| **Adres:** |  |
| **Geb. Datum:** |  |
| **Tel.nr.:** |  |
| **Email:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Klacht betreft** |  **Mezelf Familie/anders : vul in machtigingsformulier** |
| **Onderwerp** |  **Medische zorg** **Bejegening** **Organisatie** **Financieel** **Anders** |

|  |
| --- |
| **Inhoud klacht (wie, wat, wanneer, hoe):** |

|  |
| --- |
|  **Klant geeft toestemming dat Bonlab medische informatie mag inzien t.b.v. klacht** |

**Elke klacht ziet Bonlab als een gift. Dank voor uw cadeau aan Bonlab. De Kwaliteitsfunctionaris zal de klacht behandelen en contact met u opnemen.**