

Klachtenformulier



Huisartsenpraktijk Poort van West
Burg. Meesplein 5a
4142 AZ Leerdam
Tel/Fax 0345 - 614808/614909

Uw gegevens

Naam patiënt: Man / Vrouw
Geb. datum:-.....-.....
Adres:nr.....
Postcode: Plaats:.....
Telefoonnummer:

Omschrijving Klacht

Datum gebeurtenis:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij de praktijkassistente of opsturen naar het praktijkadres.

Na ontvangst nemen wij z.s.m. contact met u op.