

Hoogestraat no. 71
Paramaribo-Suriname
Tel: 471158/471161
Fax: 421601

Gouverneurstraat no.139
Nw.Nickerie
Tel: 232961
Fax: 212797

KLACHTENMELDINGSFORMULIER

Klachtenbehandelingcommissie voor cliënten van Stichting Zon Thuiszorg.
1. Gegevens cliënt
Naam:
Adres:
Woonplaats:
Telefoon:
2. Indien de klacht door een ander dan de cliënt wordt ingediend, dan ook gegevens indiener invullen
Naam:
Adres:
Woonplaats:
Telefoon:
Relatie tot cliënt:
3. Indien uw klacht vooral betrekking heeft op het handelen en of de bejegening van een of meerdere personeelsleden, graag hieronder de namen en indien betekent de functies van deze personen aangeven.
Naam:
Functie:

4. Een klacht kan op meerdere aspecten van de behandeling betrekking hebben. Kunt u hieronder aankruisen waarop uw klacht betrekking heeft? (U mag meerdere hokjes aankruisen).
<input type="checkbox"/> Bejegening <input type="checkbox"/> Informatie en toestemming <input type="checkbox"/> Medicijnen <input type="checkbox"/> Bereikbaarheid/ beschikbaarheid medewerkers thuiszorg aanbieder <input type="checkbox"/> Inzagerecht/ dossier <input type="checkbox"/> financiële zaken
<input type="checkbox"/> Dagelijks gang van zaken binnen de zorg
*aankleden/ opstaan
*maaltijden
*activiteiten
*toiletgang
*anders, namelijk
5. Toelichting op uw klacht
Graag hieronder uw klacht toelichten, indien hiervoor niet voldoende ruimte beschikbaar is kunt uw klacht op en los blaadje, apart omschrijven en tezamen met dit formulier als bijlage indienen.
6. weet de betrokken thuiszorg aanbieder dat u klachten heeft?
*ja
*nee, graag toelichten
7. Is de klacht ook nog bij andere instantie ingediend?
Zo ja, welke instanties:
8. Wat kan/ moet er volgens u gedaan worden om uw klacht te verhelpen?

