

## MELDFORMULIER KLACHTEN

### KLACHTENREGELING FYSIOTHERAPIE

U heeft de mogelijkheid om contact op te nemen met een onafhankelijke klachtenfunctionaris. Deze klachtenfunctionaris geeft advies over de klacht, helpt bij het formuleren ervan en zoekt naar een oplossing. Neem hiervoor contact op met KNGF Ledenvoorlichting T 033-467 29 29. Ma t/m vr 8.30 - 17.00 uur.

\* zijn verplichte velden

#### Uw persoonlijke gegevens

Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Voornaam:*	<input type="text"/>
Achternaam:*	<input type="text"/>
Adres: *	<input type="text"/>
Postcode*:	<input type="text"/>
Woonplaats: *	<input type="text"/>
Telefoonnummer: *	<input type="text"/>
Emailadres:	<input type="text"/>

#### Gegevens fysiotherapeut waarover een klacht wordt ingediend

Naam praktijk:*	<input type="text"/>
Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Voornaam:*	<input type="text"/>
Achternaam: *	<input type="text"/>
Praktijk adres: *	<input type="text"/>
Postcode: *	<input type="text"/>
Plaats: *	<input type="text"/>
Beroep aangeklaagde: *	<input type="text"/>
Registratienummer aangeklaagde:	<input type="text"/>

## Gegevens klacht

Gedragingen en gronden waarop de klacht berust\*

Indien u uw klacht heeft besproken met uw fysiotherapeut hoe verliep het gesprek?

Persoons gegevens vertegenwoordiger van klager (indien van toepassing)

Klager laat zich door onderstaande persoon vertegenwoordigen

Geslacht:  Man  Vrouw

Voornaam: \*

Achternaam: \*

Adres: \*

Postcode: \*

Woonplaats: \*

Telefoonnummer:\*

Emailadres:

De indiener machtigt hierbij de klachtenfunctionaris om de relevante medische gegevens met betrekking tot de gedraging bij de desbetreffende aanbieder van zorg op te vragen.

Stuur het ingevulde formulier digitaal naar [klachtenengeschillencommissie@kngf.nl](mailto:klachtenengeschillencommissie@kngf.nl) of stuur het per post naar:  
Klachten en geschillenregeling Fysiotherapie  
Secretariaat klachtenregeling  
Postbus 248 3800 AE Amersfoort