



Klachtenformulier ARBE groep B.V.

Wij vinden de kwaliteit van onze hulp- en dienstverlening erg belangrijk. Indien u niet tevreden bent over de uitvoering van de activiteiten vanuit de ARBE groep, willen wij dat graag van u vernemen.

Naam:	m / v
Adres:	
Postcode en plaats:	
Telefoonnummer:	
Datum ontstaan klacht:	

Voor wie dient u een klacht in? Aankruisen wat van toepassing is.	
<input type="checkbox"/> Voor mijzelf	
<input type="checkbox"/> Voor een ander (naam):	m / v
Indien u voor een ander een klacht indient, welke relatie heeft u tot deze persoon:	
<input type="checkbox"/> Partner	
<input type="checkbox"/> Zoon/dochter	
<input type="checkbox"/> Familielid	
<input type="checkbox"/> Wettelijk vertegenwoordiger	
<input type="checkbox"/> Anders: _____	

Heeft uw klacht betrekking op één van onze medewerkers? Aankruisen wat van toepassing is.
<input type="checkbox"/> Ja, (indien bekend naam):
<input type="checkbox"/> Nee
Over welke activiteit vanuit de ARBE groep heeft u een klacht? Aankruisen wat van toepassing is.



Wat kan er volgens u het beste gedaan worden om uw klacht te verhelpen?

--

Heeft u de klacht ook elders ingediend? *Aankruisen wat van toepassing is.*

Ja, bij:

Nee

Machtiging:

Door onderstaande machtiging te tekenen verleent u de klachtenfunctionaris / de klachtenbemiddelaar toegang tot het zorg-/cliëntdossier en geldt alleen indien en voor zover dit ter beoordeling van de klacht noodzakelijk is.

Machtiging tot inzage van het zorg-/cliëntdossier van:

De heer / mevrouw (naam cliënt) :

Datum :

Handtekening Cliënt :



Ondertekening

Datum _____

Handtekening cliënt _____

Handtekening contactpersoon _____

Na invulling en ondertekening het formulier opsturen naar:

ARBE groep B.V.
t.a.v. Klachtenfunctionaris
Grotestraat 21
7622 GA BORNE