



Klachtenformulier

(Alle informatie die u ons verschaft via dit formulier zal vertrouwelijk worden behandeld)

Naam:

Adres:

Postcode:

Geboortedatum:

Woonplaats:

Telefoon:

man vrouw

Er heeft in onze praktijk een situatie plaatsgevonden, waaraan u zich heeft gestoord. Via dit klachtenformulier kunt u dit aangeven, zodat wij uw klacht in behandeling kunnen nemen en waar mogelijk onze dienstverlening kunnen verbeteren.

Datum klacht:

Betrokken medewerker(s)

tandarts klinisch prothese technicus anders, nl:
 tandartsassistente implantoloog
 mondhygiënist(e) baliemedewerker

Betrokken afdeling

telefonie anders, nl:
 behandelkamer
 balie

Omschrijving klacht:

Svp het formulier invullen en mailen naar info@mondzorgbrabant.nl of inleveren bij receptie

(In te vullen door Mondzorg Brabant)

Patiëntnummer:	In behandeling door:	Afgehandeld door:	Terugkoppeling naar patiënt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
		Datum afhandeling:	