Dental Clinic
HAGENS

Klachtenformulier

Voorletters en naam: ……..
Geboortedatum: ……..
Adres: ……..
Telefoonnummer: ……..
E-mailadres: ……..
Naam desbetreffende zorgverlener: ……..
Functie desbetreffende zorgverlener: ……..
Op welke datum is uw klacht ontstaan?: ……..
Mag de onafhankelijke geschillencommissie uw dossier inzien? O ja O nee

Uw klacht:
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Wat kunnen wij voor u betekenen om deze situatie op te lossen?
……
……
……

Heeft u uw klacht al kenbaar gemaakt bij de praktijk?
……
……

U kunt dit formulier opsturen naar:
Dental Clinic Hagens
Tanki Flip 12-A
Aruba

Of mailen naar:
dental@setarnet.aw