



	Pagina	Pagina 1 van 4
	Uitgiftedatum	23-02-2017
	Versie	2
Titel	F03 Klachtenformulier	
Documenteigenaar	Kwaliteitsfunctionaris	

F03 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.

Voor mijzelf

Voor een ander (naam): m / v

Indien u voor een ander een klacht indient, welke relatie heeft u tot deze persoon:

Partner

Zoon/dochter

Familielid

Wettelijk vertegenwoordiger

Anders: _____

Heeft uw klacht betrekking op één van onze medewerkers? Aankruisen wat van toepassing is.

Ja, (indien bekend naam):

Nee



	Pagina	Pagina 2 van 4
	Uitgiftedatum	23-02-2017
	Versie	2
Titel	F03 Klachtenformulier	
Documenteigenaar	Kwaliteitsfunctionaris	

Over welke activiteit vanuit de ARBE groep heeft u een klacht? Aankruisen wat van toepassing is.

- ARBE Communicatietrainingen
- ARBE Trajectbegeleiding
- ARBE(Psychiatrische) ambulante begeleiding
- ARBE Dagactiviteiten
- ARBE Forensische zorg

Waarop heeft uw klacht betrekking? Aankruisen wat van toepassing is

- Bejegening
- Uitvoeren hulp-/dienstverlening
- Deskundigheid van medewerkers
- Informatieverstrekking
- Bereikbaarheid tijdens / buiten kantooruren
- Nakomen van afspraken
- Anders, nl:



Pagina Pagina 3 van 4

Uitgiftedatum 23-02-2017

Versie 2

Titel **F03 Klachtenformulier**

Documenteigenaar Kwaliteitsfunctionaris

Toelichting klacht:

U kunt hieronder beschrijven waar uw klacht over gaat

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



Pagina	Pagina 4 van 4
Uitgiftedatum	23-02-2017
Versie	2

Titel	F03 Klachtenformulier
Documenteigenaar	Kwaliteitsfunctionaris

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