|  |
| --- |
| **Bijlage 10: Klachtenformulier** *(digitaal in te vullen)***Conform het klachtenreglement voor (cliënten van) TOPP-zorg B.V.** |

U heeft een probleem met uw behandelaar of met hoe de praktijkvoering van TOPP-zorg plaatsgevonden heeft. U heeft geprobeerd dit bespreekbaar te maken. Samen bent u er niet uitgekomen. Of u vindt het moeilijk het probleem rechtstreeks met uw behandelaar te bespreken. De klachtenfunctionaris kan u ondersteunen bij het bespreken van het probleem.

De klachtenfunctionaris begeleidt u en uw behandelaar of u en de praktijk bij het vinden van een oplossing. De klachtenfunctionaris is onafhankelijk; zij kiest geen partij voor de een of de ander.

De **eerste stap in uw contact met de klachtenfunctionaris** is altijd om een goed beeld te krijgen van uw klacht. Daarvoor gebruikt u dit klachtenformulier. Als u het invult kunnen we snel overleggen over verdere stappen. Binnen twee weken na ontvangst van het ingevulde formulier (of uw verzoek om contact) neemt de klachtenfunctionaris contact met u op.

*Instructies voor het invullen van het formulier:*

*Achter de vragen heeft u ruimte om uw antwoorden in te typen (op de plek van de puntjes …. ). Als u de cursor (muis) hierop zet, kunt u daarna zoveel tekst intypen als u wilt. Met de tab-toets of pijltjes gaat u naar een volgend (of vorig) invulvakje. Door de linkermuisknop te gebruiken zet u een kruisje (x) in een aankruisvakje, nogmaals klikken maakt dit ongedaan.*

*Als u het formulier heeft ingevuld slaat u het op. Het opgeslagen bestand stuurt u per e-mail ofwel uitgeprint per post naar de klachtenfunctionaris.*

**Contactgegevens van de klachtenfunctionaris**

De Klachtenfunctionaris is mevrouw dr. S. A. M. Wijsbroek.

De klachtenfunctionaris is bereikbaar via e-mail en per post:

TOPP-zorg B.V. klacht@topp-zorg.nl

t.a.v. klachtenfunctionaris

Sperwerkamp 40

3972 WG Driebergen-Rijsenburg

1. **Uw (contact)gegevens**

Naam: …………………………………………….. m/v: …….

Adres: ……………………………………………..

Postcode en plaats: ……………………………………………..

Telefoonnummer: ……………………………………………..

E-mailadres: ……………………………………………..

U bent: [ ]  de cliënt zelf

[ ]  een wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt, namelijk: …………………...

Wilt u hieronder de **gegevens van de cliënt** noteren, wanneer u als wettelijk vertegenwoordiger optreedt?

Naam: …………………………………………….. m/v: …….

Adres: ……………………………………………..

Postcode en plaats: ……………………………………………..

Telefoonnummer: ……………………………………………..

E-mailadres: ……………………………………………..

**Toestemming** van de cliënt zelf:

Ik ga ermee akkoord dat …………………………………………….. (*naam indiener*) namens mij deze klacht indient.

Handtekening cliënt:



1. **Informatie over de aangeklaagde en de klacht**

*contact met de klachtenfunctionaris is alleen mogelijk als uw klacht (een behandelaar van) TOPP-zorg betreft.*

De klacht gaat over (meer keuzes mogelijk):

[ ]  Bejegening door medewerker (de manier waarop een medewerker tegen u praat of met u omgaat)

 Naam van de medewerker / behandelaar over wie u een klacht heeft: ………………………………………

[ ]  Organisatie van de praktijk (de manier waarop diverse zaken in de praktijk geregeld zijn)

[ ]  Administratieve of financiële aspecten van de behandeling

[ ]  Naleving van de rechten van de cliënt of naaste(n)

[ ]  Iets anders

**Datum en tijd** van de gebeurtenis: ……………………………………………..

Wilt u hierna een **omschrijving van uw klacht(en)** geven?

*Over welke gebeurtenissen of gedragingen (en van wie) bent u ontevreden?*

*Waarom bent u ontevreden? Wat is voor u daarbij belangrijk?*

*Hoe en wanneer heeft een en ander zich afgespeeld?*

……………………………………………..

1. **Informatie over de klachtafhandeling**

Heeft u de klacht(en) al **besproken met uw behandelaar?**

[ ]  Nee, omdat: ……………………………………………..

[ ]  Ja, met als uitkomst: ……………………………………………..

1. **Contact met de klachtenfunctionaris**

U kunt het ingevulde formulier afgeven op de praktijk of stuurt u dit per post of mail aan:

TOPP-zorg B.V. klacht@topp-zorg.nl

t.a.v. klachtenfunctionaris

Sperwerkamp 40

3972 WG Driebergen-Rijsenburg

De klachtenfunctionaris geeft u gratis advies over hoe u de klacht kunt formuleren en indienen en kan op uw verzoek het gesprek met de zorgaanbieder bijwonen. Voor meer informatie over de klachtenfunctionaris verwijzen wij u naar onze website.

Na ontvangst van het ingevulde formulier (of uw verzoek om contact) neemt de klachtenfunctionaris binnen twee weken **contact met u** op. De klachtenfunctionaris stemt uw doelen en verdere stappen dan met u af.

Hieronder kunt u aangeven wat uw **wensen** zijn voor het contact:

[ ]  telefonisch contact; ik ben met name bereikbaar: ……………………………………………..

*(noteer de dag en tijd waarop u bereikbaar bent)*

[ ]  contact per e-mail

[ ]  anders, namelijk: ……………………………………………..

*Bij de verdere afhandeling van uw klacht is soms een schriftelijke, getekende toestemming van de cliënt nodig. Bijvoorbeeld als de klachtenfunctionaris informatie uit uw behandeldossier wil opvragen. Of wanneer u de cliënt vertegenwoordigt en de klachtenfunctionaris – na informatie en advies aan u – verdere stappen gaat nemen.*

*De klachtenfunctionaris stemt dit nog met u af.*

*Het klachtenformulier slaan wij, met uw persoonsgegevens en eventuele stukken in het kader van de behandeling en/of het onderzoek, op in een apart klachtendossier, niet in het cliëntendossier. Dit dossier bewaren wij tot 2 jaar na afwik­keling van de klacht. Daarnaast is het mogelijk dat wij een geanonimiseerde versie van de kerngegevens en- stukken bewaren ter verbetering van onze zorgverlening in de praktijk en/of jaarverslagen van de klachten.*