|  |
| --- |
| **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/commissie kan u ondersteunen bij het bespreken van het probleem.

De klachtenfunctionaris/commissie 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 klachtencommissie bestaat uit deze onafhankelijke klachtenfunctionaris, aangevuld met twee andere leden.

De **eerste stap in uw contact met de klachtenfunctionaris/commissie** 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 en voorzitter van de klachtencommissie is mevrouw dr. S. A. M. Wijsbroek.

Zij 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: ……………………………………………..

Leeftijd: ……………………………………………..

**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/commissie 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/commissie**

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/voorzitter van de klachtencommissie

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 of wettelijke vertegenwoordiger nodig. Bijvoorbeeld als de klachtenfunctionaris informatie uit het 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.*