

Dienst Patiëntenzorg

Formulier voor klachten/suggesties van patiënten en bezoekers

U kunt ook gebruik maken van het webformulier van Amsterdam UMC.

(www.amsterdamumc.nl/nl/vragen-en-klachten.htm)

Gegevens van de patiënt

Naam	Geboortedatum	M/V/X
Adres		
Postcode en woonplaats		
Telefoon (overdag)	Patiëntnummer	
Email		

Uw klacht/suggestie betreft: ☐ locatie AMC ☐ locatie VUmc
☐ verpleegafdeling ☐ polikliniek ☐ overige

Welke verpleegafdeling/polikliniek?

Bent u de patient zelf? ☐ ja ☐ nee, uw naam: _____ telefoon: _____
relatie tot de patient: _____

Naar aanleiding van uw melding zal een medewerker van de afdeling klachten contact met u opnemen.

Geschikte tijd om te bellen (overdag): _____

Het kan zijn dat wij voor de behandeling van uw klacht in uw dossier moeten kijken. Als u dat niet wilt, dan kunt u dat hier aangeven: ☐ bezwaar

Omschrijving klacht/suggestie: Als u meer ruimte nodig heeft, kunt u de achterzijde gebruiken.

Handtekening: _____ Datum: _____

U kunt dit formulier inleveren bij:

Amsterdam UMC, locatie VUmc: afdeling Patientenservice Dienst patiëntenzorg, PK 0 hal 08
of opsturen naar:

post: Amsterdam UMC, t.a.v. klachtenfunctionaris
Postbus 22660
1100 DD Amsterdam

email: klachten@amsterdamumc.nl

Omschrijving klacht/suggestie - vervolg:

In te vullen door afd Patientenservice Dienst patiëntenzorg:

In ontvangst genomen door: _____ datum: _____