

# Klachtenformulier over verplichte zorg (Wvggz)

Uw klacht wordt behandeld door de regionale Klachtencommissie Wvggz zoals voorgeschreven in het klachtenreglement. Dit kunt u vinden op de website van GGZ Drenthe en is op te vragen bij de secretaris.

*Indien u het formulier met pen invult, wilt u dan BLOKLETTERS gebruiken.*

## 1. Klager

Achternaam  
Voorletter(s)  
Geboortedatum  
Afdeling  
Postadres  
Postcode  
E-mail  
Telefoon

Woonplaats

## 2. Betrokken patiënt

*(alleen invullen als patiënt niet als klager optreedt)*

Achternaam  
Voorletter(s)  
Geboortedatum  
Afdeling  
Relatie tot patiënt

## 3. Op welke persoon / personen heeft de klacht betrekking?

*(Heeft de klacht betrekking op meer dan twee personen, wilt u de overige namen dan toevoegen in een bijlage)*

1. Naam  
Functie  
Afdeling

2. Naam  
Functie  
Afdeling

## 4. Korte omschrijving van de klacht

*(Als de ruimte hieronder te krap is, mag u uw klacht nader toelichten in een bijlage)*

## 5. Inzage dossier

Hierbij geef ik toestemming voor inzage in het patiëntendossier door de voorzitter, (waarnemend) secretaris en/of een lid van de klachtencommissie, voor zover dat noodzakelijk is voor de behandeling van de klacht die door ondergetekende (of gemachtigde) is ingediend bij de Regionale Klachtencommissie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) Drenthe (de klachtencommissie).

Patiënt / wettelijk vertegenwoordiger geeft toestemming tot inzage in de behandelgegevens:

Datum

Handtekening patiënt

## 6. Machtiging

*(alleen invullen als patiënt niet als klager optreedt)*

Om een klacht die niet door de patiënt zelf wordt ingediend te kunnen behandelen, is het nodig dat de klachtencommissie een verklaring ontvangt waaruit blijkt dat de betrokken patiënt de klager machtigt dit namens hem/haar te doen.

Hierbij machtig ik, \_\_\_\_\_ (naam patiënt), mevrouw \_\_\_\_\_ en/of de heer \_\_\_\_\_, namens mij op te treden tijdens de behandeling van mijn klacht door de regionale Klachtencommissie Wvggz Drenthe.

Datum

Handtekening patiënt

## 7. Patiëntenvertrouwenspersoon

Heeft u contact gehad met een patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) omtrent uw klacht?

ja, naam van de pvp

nee

Indien u geen contact heeft gehad, vindt u het akkoord dat de Klachtencommissie de pvp op de hoogte brengt van uw klacht?

ja

nee

## 8. Ondertekening klager

Datum

Handtekening klager

Dit formulier kunt u (ingevuld en ondertekend) sturen naar de Regionale Klachtencommissie Wvggz Drenthe, t.a.v. de secretaris, Postbus 30007, 9400 RA Assen of per e-mail: [klachtencommissie.patiënten@ggzdrenthe.nl](mailto:klachtencommissie.patiënten@ggzdrenthe.nl).