

**Heeft u een klacht?**

Bent u onvrijwillig opgenomen (met een BOPZ-maatregel), onvrijwillig overgeplaatst bij langdurig verblijf, of is de behandelovereenkomst eenzijdig opgezegd door GGZ Drenthe? Dan kunt u met uw klacht rechtstreeks terecht bij de Klachtencommissie voor cliënten en uw klacht via dit formulier indienen.

Meer informatie over de klachtenregeling staat op [www.ggzdrenthe.nl/klachtenregeling](http://www.ggzdrenthe.nl/klachtenregeling). Tevens vindt u hier informatie over de patiëntenvertrouwenspersoon (PVP) en de familievertrouwenspersoon (FVP). Bij BOPZ-klachten heeft u recht op ondersteuning door de PVP. De PVP geeft advies over uw rechten en plichten en kan helpen uw klacht te formuleren. Naastbetrokkenen kunnen de FVP bellen. U kunt ook de klachtenfunctionaris van GGZ Drenthe vragen om advies of ondersteuning.

# Klachtenformulier

## voor BOPZ-klachten en specifieke klachten

Uw klacht wordt behandeld door de Klachtencommissie voor cliënten

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

### 1. Uw persoonlijke gegevens

*Doorhalen wat niet van toepassing is*

Dhr. / mw. voorletters en achternaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Straatnaam: \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Woont u op een afdeling van GGZ Drenthe, vul dan (ook) de naam en de locatie in van de afdeling waar u verblijft.

\_\_\_\_\_

U bent naastbetrokkene van bovengenoemde cliënt en vult namens hem/haar dit formulier in

Uw naam: \_\_\_\_\_

Uw relatie tot cliënt: \_\_\_\_\_

### 2a. U heeft een klacht over een organisatieonderdeel of team/afdeling

*Kruis het organisatieonderdeel aan*

Volwassenen - Langdurige zorg

Forensische Psychiatrie

Volwassenen - Acute Psychiatrie

Traumacentrum

Volwassenen - Planbare Psychiatrie

Gezinspsychiatrie

Indigo

De Evenaar

Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Duurzaam Verblijf

Ouderenpsychiatrie

Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie

**Vervolg op de achterzijde →**

Vul het team/de afdeling in

Team / afd: \_\_\_\_\_

**2b. U heeft een klacht over een of meer medewerkers van GGZ Drenthe**

*Vul de naam/namen in en eventuele functie*

Naam/namen medewerker(s): \_\_\_\_\_

**3. De datum/periode waarover uw klacht gaat**

\_\_\_\_\_

**4. Beschrijving van uw klacht**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Datum** \_\_\_\_\_

**Handtekening** \_\_\_\_\_

*Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier naar:*

*Klachtencommissie voor cliënten  
Postbus 30007  
9400 RA Assen*

*U kunt het ingevulde en getekende formulier ook inscannen en e-mailen naar:*

*[klachtencommissie.clienten@ggzdrenthe.nl](mailto:klachtencommissie.clienten@ggzdrenthe.nl). De Klachtencommissie gaat zorgvuldig met dit formulier om en gebruikt deze niet voor andere doeleinden dan de behandeling van uw klacht.*