



Klachtenformulier Sanare Zorg & Welzijn

Datum ontvangst klachtenformulier:

(in te vullen door het secretariaat)

Toelichting op dit formulier

Met behulp van dit klachtenformulier kunt u een formele klacht indienen over de zorg en dienstverlening van Sanare Zorg & Welzijn bij een onafhankelijke klachtenfunctionaris. Deze functionaris onderzoekt uw klacht.

Meer informatie is te vinden in de bijgesloten brochure Klachtenregeling cliënten.

Datum van invullen : _____

A. PERSONALIA

Klager en cliënt hoeven niet dezelfde persoon te zijn. Het is van belang dat de cliënt zelf laat blijken, indien mogelijk, dat hij/zij de klacht onderschrijft door klager te machtigen namens hem/haar op te treden. Zie hiervoor onder F.

Klager (indien niet cliënt)

Voorletters : _____

Achternaam : _____
man / vrouw

Straat en huisnummer : _____

Postcode en woonplaats : _____

Telefoon (privé) : _____

Telefoon werk / GSM : _____

Indiener van de klacht treedt namens de betrokken cliënt op in hoedanigheid van:

- ouder van een kind < 16 jaar
- ouder van een kind > 16 jaar
- kind

- echtgenoot / partner
- familielid, nl. _____
- anders, nl. _____

Clïent

Voorletters : _____

Achternaam : _____

Geboortedatum : _____ - _____ - _____
man / vrouw

Overlijdensdatum : _____ - _____ - _____ (indien van toepassing)

B. TEGEN WIE IS UW KLACHT GERICHT?

Toelichting: krachtens de wet is “de zorgaanbieder” Sanare Zorg & Welzijn met alle medewerkers die voor de organisatie werkzaam zijn.

Mijn klacht is gericht tegen de volgende persoon/ personen:

C. WAARUIT BESTAAT UW KLACHT?

Toelichting

1. Probeer de aard van klacht zo kort mogelijk te omschrijven.
2. Geef zo exact mogelijk aan waar (locatie) en wanneer (datum / tijdstip) de klacht is ontstaan.

U dient uw klacht nader toe te lichten of te motiveren via een klachtbrief.

| AARD VAN DE KLACHT | WAAR EN WANNEER? |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Organisatie | |
| <input type="checkbox"/> Verpleging en Verzorging | |
| <input type="checkbox"/> Handelen/nalaten | |
| <input type="checkbox"/> Bejegening/ omgang | |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk | |

D. WAT WILT U BEREIKEN MET HET INDIENEN VAN UW KLACHT?

Met de hiervoor omschreven klacht wil ik bereiken,

- Herstel van de behandel-/ zorgrelatie met de zorgmedewerker
- Herstel van de vertrouwensrelatie met Sanare Zorg & Welzijn
- Signaleren van tekortkomingen
- Kwaliteitsverbetering van de zorg
- Genoegdoening
- Anders, nl. _____

E. VOORTRAJECT

Mijn klacht heb ik reeds besproken met:

- De persoon tegen wie mijn klacht is gericht
- De verantwoordelijke leidinggevende (MT)
- De klachtenfunctionaris
- Anders, nl. _____

Mijn klacht leg ik nu ter behandeling voor aan de klachtenfunctionaris

- Op eigen initiatief
- Op advies van de klachtenfunctionaris
- Op advies van de cliëntenraad
- Anders, nl. _____

De klachtenfunctionaris streeft ernaar de bemiddeling binnen zes weken na registratie van de klacht af te ronden. Indien nodig kan de termijn van bemiddeling met vier weken worden verlengd, u wordt hiervan in kennis gesteld.

F. ONDERTEKENING

Toelichting

De klager en de cliënt hoeven niet één en dezelfde persoon te zijn.

Bij leven is het van belang dat de cliënt zélf laat blijken dat hij / zij de klacht onderschrijft en de klager machtigt namens hem / haar op te treden.

De machtiging blijkt uit zijn / haar medeondertekening van dit klachtenformulier.

Bij overlijden is vanzelfsprekend geen machtiging meer mogelijk, ondertekening door de klager is dan voldoende.

| Klager | Cliënt (indien niet dezelfde persoon als klager) |
|----------------|---|
| Handtekening | Medeondertekening |
| Volledige naam | Volledige naam |
| Plaats, datum | Plaats, datum |

G. MACHTIGING INZAGE DOSSIER

Toelichting

Het is noodzakelijk dat de cliënt zelf aangeeft of het cliëntdossier al dan niet mag worden ingezien. Daarvoor treft u onderstaand een aparte ondertekening aan.

Ondergetekende gaat **wel / niet** akkoord dat de Klachtenfunctionaris, voor zover nodig, zijn/haar Zorg dossier inziet en nadere informatie inwint bij de persoonlijk begeleider en andere betrokken personen van Sanare Zorg & Welzijn.

Graag een kopie van uw identiteitsbewijs toevoegen.

De klachtenregeling van Sanare Zorg & Welzijn waarborgt de privacy van gegevens.

CLIËNT

Volledige naam

Ondertekening door de cliënt
(Indien cliënt wilsbekwaam en niet overleden is)

WETTELIJK VERTEGENWOORDIGER / GEMACHTIGD KLAGER

Volledige naam

Ondertekening door wettelijk vertegenwoordiger / gemachtigd klager

Sturen naar Klachtenfunctionaris Sanare Zorg & Welzijn

P/a Westeinde 1 2841 BN Moordrecht

Telefoon: 0180310180

Email: info@sanare.nl