



## Mutatio Zorg Nederland B.V.

Mensen eerst...

### Klachtenformulier MZN B. V.

Met dit formulier dient u schriftelijk een klacht in over de dienstverlening van MZN B. V.

De klachtencoördinator neemt na ontvangst van uw klacht contact op en bespreekt met u op welke wijze uw klacht kan worden behandeld.  
Hierna ontvangt u binnen drie werkdagen een schriftelijke bevestiging van de afspraken die met u zijn gemaakt.  
MZN B. V. streeft na om uw klacht binnen twee weken af te handelen. Wilt u hulp bij het invullen van dit formulier, bel dan de klachtencoördinator via 085 – 004 35 94.  
Om uw klacht beter en sneller te kunnen behandelen vragen wij u om onderstaande vragen zoveel mogelijk te beantwoorden.

#### 1. Klacht van :

Patiënt/zorgverlener/mantelzorger/anders (omcirkel wat van toepassing is)

Naam en voorletter : ..... M/V

Adres : .....

Postcode/woonplaats : .....

Geboortedatum : .....

Telefoon / e-mail : .....

#### Klacht ingediend door een gemachtigde van klager :

##### Gemachtigde

Naam en voorletter : .....

Relatie patiënt : .....

Adres : .....

Telefoon / E-mail : .....

#### 2. Omschrijving van de klacht:



## Mutatio Zorg Nederland B.V.

Mensen eerst...

De volgende vragen (3 t/m 5) kunt u eventueel open laten en op een later moment invullen wanneer de klachtenbemiddelaar contact met u opneemt.

### 3. Plaats, datum en tijdstip van het voorval waarop de klacht betrekking heeft:

### 4. Heeft u de klacht besproken:

Met betrokken medewerker(s)

Naam:

Functie:

Met zijn / haar leidinggevende

Naam:

Functie:

Met de klachtenbemiddelaar

Naam:

### 5. Heeft u de klacht ook bij een instantie buiten MZN B. V. gemeld?

Zo, ja bij:



## Mutatio Zorg Nederland B.V.

Mensen eerst...

Ingevuld en ondertekend op:

Datum: .....

Plaats: .....

Handtekening (patiënt)

Handtekening (gemachtigde)

.....

.....

Door onderstaande machtiging te tekenen verleent u de klachtfunctionaris van MZN B. V., die klachten afwikkelen, toegang tot het zorg- en patiëntdossier. De machtiging geldt alleen voor de informatie die noodzakelijk is voor de afwikkeling van uw klacht.

### Machtiging

Voor inzage in het zorg- en patiëntdossier van:

Naam patiënt .....

Geboortedatum .....

Datum .....

Handtekening .....

Patiënt / gemachtigde .....

Na invulling en ondertekening of per mail het formulier opsturen naar:

Klachtencoördinator MZN B. V.

Adres: Molenweer 2, 2291 NR Wateringen

E-mail: [info@mutatiozorgcn.com](mailto:info@mutatiozorgcn.com)