



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@mznbv.nl