

## Formulier Klachtenregistratie

### Gegevens melder

Naam :  
Straat en huisnummer :  
Woonplaats :  
Geboortedatum :  
Telefoonnummer :  
Emailadres :

Klacht :  
Datum en tijd waarop uw klacht betrekking heeft:  
Zorgverlener :

Omschrijving van de klacht:

### Onderstaande gegevens in te vullen door apothekhoudende huisartsenpraktijk Wedde

Ontvangstdatum :  
Behandelaar :  
Voorstel d.d. :  
  
Afgehandeld d.d. :  
Oplossing en actie :

Wedderhofte 22  
9698AW Wedde  
Tel.: 0597-562775  
spoedlijn: 0597-562425  
Receptenlijn: 0597-561058  
e-mail: [j.d.berg@ezorg.nl](mailto:j.d.berg@ezorg.nl)