



## KZAG Klachtenformulier

Uw gegevens:

Naam \_\_\_\_\_

Emailadres \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_

Naam Therapeut \_\_\_\_\_

Praktijknaam \_\_\_\_\_

Praktijkadres \_\_\_\_\_

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

Klacht ontvangen door klachtenfunctionaris:

Datum:

---

### Omschrijving klacht

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Wat verwacht u van de KZAG Klachtenfunctionaris?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Datum: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Handtekening: