

Klachtenformulier

Graag dit formulier zo volledig invullen.

A. Uw gegevens

- | | | | |
|--------------------|---|---------------|---|
| • SZF- nummer | : | • E-mailadres | : |
| • Naam en voornaam | : | • Adres | : |
| • Geboortedatum | : | • Woonplaats | : |
| • Telefoonnummer | : | | |

B. Op welk medicijn, welke instantie of welke persoon heeft de klacht betrekking:

- Naam van het middel, de instantie of de persoon.

- Geef aan om welke zorgverlener het gaat: bijv. een huisarts, specialist, ziekenhuis, apotheek etc.)

C. Aard van de klacht

Datum gebeurtenis:

Tijdstip:

(Indien het tijdstip u niet (meer) bekend is, hoeft u dit veld niet in te vullen)

Noem de klacht:

- U heeft een SZF-recept, maar u krijgt het middel niet ten laste van het SZF.
- U heeft betaald of 'bijbetaald' voor een middel op SZF-recept.
- U heeft ontheffing voor een medicijn, maar de apotheek heeft het middel niet.
- U heeft niet het juiste middel ontvangen.
- Medisch handelen van een zorgverlener.
- U bent niet tevreden over hoe er met u is omgegaan door een zorgverlener.
- Wachttijden op een poli.
- Uw verzekering bij het SZF. (bijv. u wordt niet geholpen met uw digitale kaart)
- De manier van behandeling door SZF-personeel.

Omschrijving van uw klacht

Stuur een foto van uw SZF-kaart, ID-kaart en eventuele kwitanties.

U krijgt binnen drie werkdagen reactie op het door u opgegeven e-mailadres.

Let wel, dit betekent niet altijd dat uw klacht binnen drie werkdagen onderzocht en afgehandeld is.