

Ontvangst melding

Wijkteam/naam _____ Ontvangstdatum melding dd-mm-jj _____
Manager/naam _____
MIC coördinator _____ Meldingsnummer (opvolgend) _____
Anders _____

Naam melder _____
Melder is Cliënt Cliëntvertegenwoordiger
 Zorgverlener Derden

Adres/emailadres _____
Woonplaats _____
Telefoonnummer _____
Ingevuld door (indien
ander dan melder) _____
Invuldatum formulier _____

1. Omschrijving van de klacht of uiting van ongenoegen

Datum _____
Tijdstip _____
Plaats/locatie _____

2. Wat is of zijn de oorza(a)ken van de klacht of uiting van ongenoegen?

3. Toedracht van de klacht of uiting van ongenoegen (beschrijving waarop iets gebeurd is)

4. Wat zijn of kunnen (mogelijke) gevolgen zijn voor de cliënt en/of klager?

5. Wie was of waren bij de klacht of uiting van ongenoegen betrokken?

Is de klacht/melding van onvrede met betrokkenen besproken?

Ja Nee Anders, nl.:

6. Welke acties/corrigerende en/of preventieve maatregelen/verbeteringen zijn er getroffen om herhaling te voorkomen en gevolgen (risico's) tot een minimum te beperken en door wie?

7. Welke acties /corrigerende en/of preventieve maatregelen/verbeteringen zijn ondernomen voor definitieve afhandeling/oplossing van de klacht of uiting van ongenoegen, met welk doel, met welk resultaat en door wie?

8. Met wie is het gebeurde geëvalueerd en zijn afspraken vastgelegd (bijv. cliënt, familie, huisarts, zorgverlener)

9. Is de klacht/melding van onvrede naar tevredenheid van de cliënt/klager afgehandeld?

Ja Nee Anders, nl.:

10. Welk effect heeft deze melding en ondernomen acties op de Originzorg Thuiszorg?

