

<b>Naam</b>	<b>Datum</b>
<b>Adres</b>	<b>Telefoonnummer</b>
<b>Interne behandelaar</b>	<b>Email</b>

**Korte beschrijving klacht?**

--

**In te vullen door optimum zorg****Direct genomen maatregelen?**

------------------

**Analyse klacht/ oorzaakanalyse**

Besproken in	<input type="checkbox"/> MT	Datum:	<input type="checkbox"/> Teamoverleg	Datum:

**Genomen maatregelen**

<input type="checkbox"/>	Melder klacht geïnformeerd over afhandeling
<input type="checkbox"/>	Klacht opgenomen in overzicht klachten (voor evaluatie management review)
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

**Evaluatie klacht**

<input type="checkbox"/>	Klacht geëvalueerd
<input type="checkbox"/>	Aanvullende maatregelen genomen (indien noodzakelijk)
<input type="checkbox"/>	Document wijzigingen doorgevoerd (indien van toepassing)
<input type="checkbox"/>	Melder geïnformeerd (indien gewenst)
<input type="checkbox"/>	Klacht afgehandeld