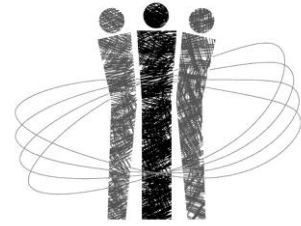


# VRAGENFORMULIER GESCHILLENCOMMISSIE ZORGINSTELLINGEN

## DOSSIERNUMMER:

(wordt door De Geschillencommissie ingevuld)



de geschillencommissie

Wij verzoeken u dit formulier volledig en duidelijk leesbaar in te vullen.

\*Aanvinken wat van toepassing is.

U kunt dit formulier sturen naar:

Postbus 90600

2509 LP Den Haag

## 1. Consument

mevrouw  heer \*

voorletters : .....

telefoonnr. overdag : .....

naam : .....

telefoonnr. 's avonds : .....

adres : .....

giro- bankrek.nr.\*: .....

postcode : .....

woonplaats : .....

Geboortedatum : .....

## 2. Zorginstelling

naam : .....

telefoonnr : .....

adres : .....

faxnummer : .....

postcode : .....

plaats : .....

## 3. Onderwerp van geschil

3.1 Over welk type zorg gaat uw klacht?

Geestelijke Gezondheidszorg

Gehandicaptenzorg

Ziekenhuiszorg

3.2 Op welke behandeling, het uitblijven daarvan of andere gebeurtenis heeft uw klacht betrekking?

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



4.2 Wanneer is uw klacht ontstaan? : .....

4.3 Wanneer heeft u voor het eerst uw klachten schriftelijk aan de zorginstelling kenbaar gemaakt? : .....

4.4 Wanneer heeft u antwoord ontvangen van de zorginstelling? : .....

4.5 Heeft de zorginstelling u een aanbod gedaan? :  ja  nee\*

Zo ja, op welke datum? : .....

En hoe luidt dit aanbod?

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

4.6 Geef een overzicht van de kosten die u in verband met uw klacht(en) heeft moeten maken:

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

4.7 Wat verzoekt u de Commissie?  
(één van de twee mogelijkheden aanvinken)

- Een vergoeding toe te kennen van € ..... in totaal  
(inclusief de hierboven door mij genoemde kosten).
- In redelijkheid en billijkheid een schadevergoeding vast te stellen.

## 5. Benodigde stukken

Controleer of u de volgende stukken in uw bezit heeft en stuur deze direct mee met het ingevulde vragenformulier:

- de klachtbrief aan de directie van de wederpartij;
- het antwoord van de wederpartij en/of van hun aansprakelijkheidsverzekeraar;
- de eventuele uitspraak van de klachtencommissie van de wederpartij;
- de relevante facturen (bijvoorbeeld facturen ter onderbouwing van uw schade);
- alle overige stukken die u relevant acht voor de beoordeling van uw geschil.

**Let op!** U dient (een kopie van) de stukken, (enkelzijdig gekopieerd) in A4-formaat, direct bij inlevering van het vragenformulier compleet in te sturen, teneinde vertraging in de behandeling van het geschil te voorkomen.

**Ondergetekende, vermeld onder 1, verklaart zich te onderwerpen aan de bepalingen van het reglement van de Geschillencommissie Zorginstellingen en de uitspraak van de Geschillencommissie als bindend te aanvaarden.**

**Ondergetekende geeft voorts toestemming aan de Commissie desgewenst het gehele behandeldossier - inclusief de medische en paramedische gegevens – bij de zorginstelling op te vragen, alsmede toestemming aan de zorginstelling om dit dossier gevraagd en ongevraagd aan de Commissie ter beoordeling van het geschil toe te zenden.**

Plaats :

Datum :

Handtekening :

Onderstaande machtiging moet u alleen invullen (en ondertekenen) als u niet zelf maar een ander namens u de procedure bij de Geschillencommissie zal voeren. In dat geval zullen verdere correspondentie en overige contacten van en naar de Geschillencommissie via deze vertegenwoordiger verlopen.

### **MACHTIGING**

**Ondergetekende verklaart dat**

Naam :  mevrouw  heer \*

Adres :

Postcode :

Woonplaats :

**in dit geschil als zijn vertegenwoordiger zal optreden.**

Handtekening (van degene vermeld onder vraag 1): .....