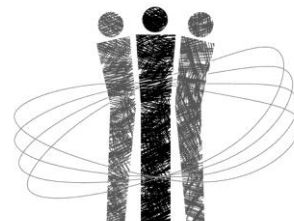


VRAGENFORMULIER GESCHILLENCOMMISSIE
Complementaire en Alternatieve
Gezondheidszorg



de geschillencommissie

DOSSIERNUMMER:

(wordt door De Geschillencommissie ingevuld)

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. De cliënt

mevrouw heer *

voorletters : telefoonnummer privé :

naam : telefoonnummer zakelijk :

adres :

postcode :

woonplaats :

De Geschillencommissie werkt ook online. Als u zelf de procedure voert (u heeft dus geen vertegenwoordiger), kunt u onze brieven per e-mail ontvangen. Ook kunt u op deze manier uw dossier online inzien en digitaal documenten toevoegen.

Wilt u onze brieven per e-mail ontvangen en uw dossier online kunnen inzien?

*Ja, gebruik hiervoor het volgende e-mailadres:

..... (ga verder naar vraag 2).

*Nee, ik wil per post blijven communiceren (ga verder naar vraag 2).

2. De zorgaanbieder (degene tegen wie uw klacht is gericht)

naam :

adres :

postcode :

plaats :

telefoonnummer :

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

3.7 Wat is uw voorstel om de klacht op te lossen?

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

3.8 Indien van toepassing: welke vergoeding verzoekt u de Commissie toe te kennen? : €

Eventuele schade graag specificeren en voeg bewijsstukken toe.

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

3.9 Stelt u prijs op een mondelinge behandeling van uw geschil? : ja nee

4. Benodigde stukken

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

- de overeenkomst die u met de wederpartij heeft gesloten;
- de rekeningen (facturen) die betrekking hebben op het geschil;
- de klacht, zoals u die kenbaar heeft gemaakt aan de zorgaanbieder;
- het antwoord van de zorgaanbieder op uw klacht;
- alle overige stukken die u belangrijk vindt voor de beoordeling van het geschil.

Let op! Wij verzoeken u (een kopie van) de stukken, (enkelzijdig gekopieerd en zonder nietjes) in A4-formaat, direct bij inlevering van het vragenformulier compleet op te sturen. Dit voorkomt vertraging in de behandeling van het geschil.

5. Vertegenwoordiger

Behandelt u (degene zoals vermeld onder vraag 1) zelf het geschil bij De Geschillencommissie?

*Ja (ga naar vraag 6).

*Nee, vul de gegevens van de vertegenwoordiger hieronder in.

Deze vertegenwoordiger ontvangt dan alle brieven die wij over uw geschil sturen.

Organisatiennaam vertegenwoordiger (indien van toepassing):

.....

mevrouw heer *

Voorletters :

Naam :

Adres :

Postcode :

Woonplaats :

Telefoonnummer :

6. Ondertekening

Ondergetekende, vermeld onder 1, verklaart zich te onderwerpen aan de bepalingen van het reglement van de Geschillencommissie Complementaire en Alternatieve Gezondheidszorg en de uitspraak van de Geschillencommissie als bindend te aanvaarden en stemt ermee in dat de eventueel in dit vragenformulier opgegeven vertegenwoordiger de procedure voert.

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

Plaats :

Datum :

Handtekening :

.....