

In te vullen door secretariaat Klachtencommissie: Ingekomen d.d. : Klachtnummer :
--

Aanwijzingen voor cliënten

Gebruik dit formulier als u cliënt bent van Pro Persona* en een klacht wilt indienen bij de **Klachtencommissie**. Dat kan voor de volgende situaties:

- BOPZ-klachten¹;
- Klacht in kader van jeugdhulp;
- U bent niet tevreden over de uitkomst van de klachtafwikkeling door Pro Persona.

U kunt uw klacht ook in een brief beschrijven. Wanneer u hulp wilt bij het invullen kunt u dit aan iemand in uw omgeving of aan de **Patiënten Vertrouwens Persoon** vragen.

1 Uw gegevens:

Uw naam: Voorletters: Geboortedatum: Geboorteplaats: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	Adres : Postcode: Woonplaats: Telefoon:
Juridische status behandeling: <input type="checkbox"/> vrijwillig <input type="checkbox"/> onvrijwillig <input type="checkbox"/> anders, nl:	Indien opgenomen of in behandeling geweest bij: Afdeling/unit: Locatie: Telefoon:

2 Bent u iemand die een klacht wil indienen namens een cliënt, dan hier uw gegevens:

Naam: Voorletters: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	Adres : Postcode: Woonplaats: Telefoon:
Relatie tot de cliënt:	Handtekening cliënt voor instemming met het indienen van de klacht:

3 Over wie heeft u een klacht?

Naam: Functie: Afdeling:	Naam: Functie: Afdeling:
Is de klacht met de betrokken persoon of personen besproken? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Indien van toepassing: De klacht is in behandeling geweest bij de directie van Pro Persona, regio onder registratienummer:	

¹ BOPZ klachten zijn klachten in het kader van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en gaan over bijvoorbeeld dwangmedicatie, dwangbehandeling, separatie, beperking vrijheden. Hiervoor kunt u het formulier van de Klachtencommissie Pro Persona gebruiken.

Is de klacht met de afdelingsleiding besproken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heeft u al contact gehad met de PVP over deze klacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Wilt u ondersteuning van de PVP?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

4 Korte omschrijving van de klacht

*Geldt ook voor klachten van vestigingen van Kairos

5 Wat zou er volgens u gedaan moeten of kunnen worden om de klacht te verhelpen?

Datum invulling formulier:

Handtekening indiener van de klacht:

Datum invulling formulier:

Handtekening wettelijke vertegenwoordiger
(indien van toepassing):

6 Toelichting

Bij onderhavige klacht is het klachtenreglement van Pro Persona 2013 (BOPZ en Jeugd) dan wel artikel 13 van het klachtenreglement van Pro Persona 2017 van toepassing. Dit ligt ter inzage op de afdeling en secretariaten. Voor meer informatie en voor de brochure over klachtenbehandeling kunt u terecht bij uw behandelaar, of het secretariaat van uw afdeling.

7 Toestemmingsverklaring dossierinzage

Vindt u het goed dat de leden van de klachtencommissie gegevens van het medisch dossier inzien die betrekking hebben op de periode waarover u klaagt. Hiervoor dient u, en/of uw wettelijke vertegenwoordiger, onderstaande gegevens in te vullen.

<p>Naam:</p> <p>Voorletters:</p> <p>Geboortedatum:</p> <p>Adres:</p> <p>Postcode:</p> <p>Woonplaats:</p> <p>In behandeling (geweest) bij:</p> <p>Afdeling/unit:</p> <p>Locatie:</p>	<p>Wettelijke vertegenwoordiger van (indien van toepassing):</p> <p>Naam:</p> <p>Voorletters:</p>
---	---

Verleent hiermee ten behoeve van de behandeling van zijn/haar klacht toestemming aan de Klachtencommissie Cliënten tot inzage van zijn/haar medisch dossier/het medisch dossier van de minderjarige.

Datum: Handtekening indiener van de klacht:

Datum: Handtekening wettelijke vertegenwoordiger (indien van toepassing):

8 Toestemmingsverklaring voor gebruik e-mail

Vindt u het goed dat de leden van de Klachtencommissie, de klachtfunctionaris/bemiddelaar, de verweerder en de PatiëntenVertrouwensPersoon (PVP) uw klacht en alle correspondentie en andere relevante stukken, nodig voor een spoedige afhandeling van de klacht, per e-mail aan elkaar verzenden? Indien u de beschikking heeft over een e-mailadres worden alle correspondentie en andere stukken ook per e-mail aan u verzonden.

Naam:	Wettelijke vertegenwoordiger van
Voorletters:	(indien van toepassing):
Geboortedatum:	Naam:
Adres:	Voorletters:
Postcode:	
Woonplaats:	
In behandeling (geweest) bij:	
Afdeling/unit:	
Locatie:	

Verleent hiermee toestemming om alle correspondentie en relevante stukken per e-mail te verzenden.

Mijn e-mailadres is:.....

Datum: Handtekening indiener van de klacht:

Datum: Handtekening wettelijke vertegenwoordiger (indien van toepassing):

Termijnen waarbinnen de Klachtencommissie uitspraak moet doen op uw klacht:

BOPZ klachten : binnen 2 weken

Wkkgz klachten : binnen 4 weken

Voor een toelichting op deze termijnen verwijzen wij u naar het betreffende klachtenreglement.

Maak een kopie van dit formulier voor uzelf.

U kunt het formulier afgeven op het secretariaat van de afdeling, of opsturen aan de Klachtencommissie van de locatie waar u behandeld of begeleid wordt.

Voor adressen: zie klachtenfolder, website of vraag dit aan het secretariaat van de afdeling.