

## 6.5 Klachtenformulier cliënten

ingevuld door:

Cliënt (M/V), naam: .....  
Klacht ingediend namens: .....

Naam: .....

Zichzelf .....

### OMSCHRIJVING VAN DE KLACHT

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

Datum en tijdstip van de klacht:.....

Indien de klacht een medewerker van Derman Thuiszorg betreft, naam van deze medewerker:

.....

Indien er getuigen waren, namen van de getuigen:

.....

Plaats: ..... Datum: .....

Handtekening:

.....

**Dit klachtenformulier kunt u sturen naar:**

Derman Thuiszorg Gelderland

Zoomstraat 2  
6826 BS Arnhem

## 6.5 Muşteri Őikayetformu

Dolduran kiŐi :

☐ Muşteri ismi: .....

Őikayeti g nderenin ismi: .....

☐ Isim : .....

☐ Kendileri: .....

### Őikayet a ıklaması

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

Őikayet Tarihi ve saati:.....

Bir çalıŐanın hakkında Őikayet varsa, çalıŐanın ismi :

.....

Tanıklar varsa, tanıkların ismi

.....

Yer: ..... Tarih: .....

Imza:

.....

Bu Őikayet formunun gönderilmesi gereken yer:

Derman Thuiszorg Gelderland  
Zoomstraat 2  
6826 BS Arnhem