



Keurmerk Kwaliteit Therapeut KZAG

KZAG
Keurmerk Kwaliteit Therapeut
Maastrichter Pastoorstraat 14
6211 BV Maastricht
www.keurmerktherapeut.nl

KZAG Klachtenformulier

Naam:	_____
Adres:	_____
Woonplaats:	_____
Telefoon:	_____
Email:	_____

Ontvangen:

Datum: _____

Door: _____

Per: _____

Omschrijving klacht

Wat verwacht u van de KZAG Klachtenfunctionaris?

Mocht u liever een telefonisch gesprek willen met de vertrouwenspersoon van KZAG?

Nee Ja

Datum: ____-____-____

Handtekening:



Keurmerk Kwaliteit Therapeut
KZAG

KZAG
Keurmerk Kwaliteit Therapeut
Maastrichter Pastoorstraat 14
6211 BV Maastricht
info@keurmerktherapeut.nl

IBAN NL25 INGB 0006 4961 45
KVK 14095853
BTW NL156380675B01



Beoordeling

Keurmerk Kwaliteit Therapeut KZAG

Ongegrond/gegrond		
		
Afwikkeling naar de cliënt:		
		
Verbetering/maatregel:		
		
		
Afhandeling:	Naam cliënt	Naam Therapeut	Klachtenfunctionaris
Handtekening:			
Datum:			



Keurmerk Kwaliteit Therapeut
KZAG

KZAG
Keurmerk Kwaliteit Therapeut
Maastrichter Pastoorstraat 14
6211 BV Maastricht
info@keurmerktherapeut.nl

IBAN NL25 INGB 0006 4961 45
KVK 14095853
BTW NL156380675B01