****

**Klachtenformulier**

Met dit formulier dient u een klacht in tegen een therapeut die is aangesloten bij de VSGP.
U kunt dit formulier digitaal invullen en mailen naar klachtopvang@vsgp.nl uitprinten en per post versturen naar: Contactpersoon Klachtopvang VSGP, p/a Verlaat 28, 2435XG Zevenhoven.

1. **Wie is de behandelaar over wie u een klacht indient?**Naam therapeut (verplicht)
Adres en plaats praktijk: (plaats verplicht)
Telefoon/mobiel: ………………………… (tel verplicht)
E-mailadres therapeut: …………………………
2. **Wanneer vond de behandeling plaats waarover u een klacht heeft? Of welke periode was u in behandeling waarover u een klacht heeft?**
Datum en/of periode:
3. **In welke relatie staat u tot de therapeut?**
[ ]  cliënt
[ ]  wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt,
 Bijvoorbeeld ouder van een minderjarig kind (is jonger dan 12 jaar) (zie vraag 4)
[ ]  nabestaande van de cliënt
[ ]  anders, namelijk
4. **Indien u ouder van een minderjarig kind bent, wat is de geboortedatum van uw kind?**Klik of tik om een datum in te voeren.
5. **Wilt u hier uw klacht omschrijven? (feiten en omstandigheden)**

1. **Heeft u over uw klacht gesproken, of anderszins contact hierover gehad met uw therapeut?**
[ ]  ja
[ ]  nee
2. **Zou u het op prijs stellen om hulp te krijgen voor een gesprek met de therapeut over uw onvrede?
Zo ja, dan zorgen wij voor een klachtenfunctionaris die u daarbij kan helpen. De klachtenfunctionaris werkt onafhankelijk van de therapeut en de beroepsvereniging. We sturen uw informatie dan door naar de klachtenfunctionaris. Hij of zij neemt vervolgens contact met u op.**
 **Wilt u dat wij een klachtenfunctionaris inzetten?**
[ ]  ja [ ]  nee

Indien nee, waarom niet?

1. **Indien u om bepaalde redenen geen gesprek wilt met de therapeut, of u weet het niet, dan is het ook mogelijk te spreken met alleen een klachtenfunctionaris.
Zou u dat willen?**

[ ]  ja [ ]  nee [ ]  niet van toepassing

1. **Vul hier uw naam- en adresgegevens in, zodat er contact met u opgenomen kan worden.**Naam: (verplicht)
Adres: (woonplaats verplicht)
E-mailadres:
Telefoon/mobiel (verplicht)
2. **Binnen welke wet vallen de sessies / de behandeling die u heeft gehad?**[ ]  de Wkkgz (u betaalde zelf de sessies, en/of voor een deel de zorgverzekeraar)
[ ]  de Jeugdwet (want de sessie werd betaald door de gemeente of via de gemeente)
[ ]  dat weet ik niet
[ ]  anders, namelijk
3. **Eventuele opmerkingen**