

MELDFORMULIER GESCHILLEN

GESCHILLENCOMMISSIE FYSIOTHERAPIE

Bent u na het indienen van een klacht niet tevreden over de oplossing of de klachtafhandeling dan kunt u een geschil indienen.

Voor vragen kunt u contact opnemen met KNGF Ledenvoorlichting T 033-467 29 29. Ma t/m vr 8.30 - 17.00 uur.

Meldformulier geschillencommissie fysiotherapie

* zijn verplichte velden

Uw persoons gegevens

Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Voornaam:*	<input type="text"/>
Achternaam:*	<input type="text"/>
Adres: *	<input type="text"/>
Postcode: *	<input type="text"/>
Woonplaats: *	<input type="text"/>
Telefoonnummer: *	<input type="text"/>
Emailadres:	<input type="text"/>

Gegevens fysiotherapeut waarover een geschil wordt ingediend

Naam praktijk:*	<input type="text"/>
Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Voornaam:*	<input type="text"/>
Achternaam: *	<input type="text"/>
Praktijk adres:*	<input type="text"/>
Postcode: *	<input type="text"/>
Plaats: *	<input type="text"/>
Beroep aangeklaagde:	<input type="text"/>
Registratienummer aangeklaagde:	<input type="text"/>

Gegevens geschil

Gedragingen en gronden waarop het geschil berust*

Hoe verliep de klachtenprocedure voorafgaand aan het melden van het geschil*

Beschrijf het doel van het indienen van het geschil*

Vordert u schadevergoeding?* Ja Nee

Zo ja, beschrijf de vordering:

Gegevens klachtenfunctionaris (indien van toepassing)

Geslacht: Man Vrouw

Voornaam:

Achternaam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

Emailadres:

Persoons gegevens vertegenwoordiger van indiener geschil (indien van toepassing)

Indiener geschil laat zich door onderstaande persoon vertegenwoordigen

Geslacht: Man Vrouw

Voornaam:*

Achternaam: *

Adres: *

Postcode: *

Woonplaats: *

Telefoonnummer:*

Emailadres:

Een geschil wordt in behandeling genomen nadat de klager de griffierechten heeft betaald aan de geschillencommissie middels overschrijving. De griffierechten bedragen € 50 bij het indienen van een geschil zonder vordering en € 100 bij het indienen van een geschil met vordering van een schadevergoeding. Nadat u uw geschil kenbaar heeft gemaakt ontvangt u een betalingsverzoek.

Ondertekening

Uw handtekening

Handtekening: *

Datum: *

Vertegenwoordiger indiener indien van toepassing

Handtekening: *

Datum: *

De indiener machtigt hierbij de secretaris en de geschillencommissie om de relevante medische gegevens met betrekking tot de gedraging bij de desbetreffende aanbieder van zorg op te vragen.

Stuur het ingevulde formulier digitaal naar geschillencommissie@kngf.nl of stuur het per post naar:
Geschillencommissie Fysiotherapie
t.a.v. secretaris
Postbus 248
3800 AE Amersfoort