

## KLACHTFORMULIER WVGGZ-KLACHTENCOMMISSIE

*Gebruik: indienen van een klacht bij de klachtencommissie als bedoeld in de Wet Verplichte ggz.*

Let op: één klacht per formulier

### In te vullen door secretariaat klachtencommissie

Ingekomen d.d.: \_\_\_\_\_

Klachtnummer: \_\_\_\_\_

### 1a. Gegevens van de cliënt jegens wie de gedraging waarover wordt geklaagd heeft plaatsgevonden

Naam: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Geboorteplaats: \_\_\_\_\_

Geslacht:  Man  Vrouw

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

e-mailadres: \_\_\_\_\_

Juridische status:  CM  VCM  ZM

Afdeling/unit: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

Locatie: \_\_\_\_\_

## 1b. Gegevens van degene die de klacht indient als dit niet de cliënt zelf is

Naam: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_

Geslacht:  Man  Vrouw

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Relatie tot de cliënt: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Is cliënt op de hoogte van indiening van deze klacht?  ja  nee

Is cliënt het eens met indiening van deze klacht?  ja  nee

## 2. Omschrijving van de Wvggz-klacht

De klacht ziet op het besluit van ..... tot toepassing van:

1.  beslissing wilsonbekwaamheid
2.  zelfbindingsverklaring
3.  ten onrechte tijdelijk verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel toegepast
4.  onvolledige/onjuiste dossiervoering
5.  verlenen verplichte zorg ter uitvoering van de zorgmachtiging, crisismaatregel of voortgezette crisismaatregel
6.  verlening van verplichte zorg zonder juiste voorbereiding
7.  de tijdelijk verplichte zorg in een noodsituatie
8.  uitvoering tijdelijk verplichte zorg in een noodsituatie
9.  beslissing tijdelijk verplichte zorg in een noodsituatie
10.  veiligheidsonderzoek
11.  huisregels
12.  overplaatsing
13.  tijdelijke onderbreking verplichte zorg
14.  beëindiging verplichte zorg
15.  voorwaarden en beperkingen bij tijdelijke onderbreking en beëindiging verplichte zorg
16.  evaluatie van de verplichte zorg bij voornemen tot beëindiging
17.  geheimhoudingsverplichting

Indien geklaagd wordt over een klacht met bovenstaand nummer 3, 5, 6, 7, 8, en/of 9: is de uitvoering van de verplichte zorg nog van toepassing op het moment van indiening van de klacht?

ja             nee

Korte omschrijving van de klacht:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*Raadpleeg voor meer informatie de verpleging en/of de patiëntenvertrouwenspersoon..*

**3. Wanneer de klacht over personen gaat: op welke persoon of personen heeft de klacht betrekking?**

Naam: \_\_\_\_\_

Functie: \_\_\_\_\_

Afdeling: \_\_\_\_\_

Is de klacht al met deze persoon besproken?             ja             nee

Naam: \_\_\_\_\_

Functie: \_\_\_\_\_

Afdeling: \_\_\_\_\_

Is de klacht al met deze persoon besproken?             ja             nee

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

## 5. Ondersteuning en bemiddeling

Heeft u ondersteuning van de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp)?

ja, namelijk \_\_\_\_\_ (naam pvp)  nee

Zo nee, wenst u ondersteuning van de patiëntenvertrouwenspersoon?

ja  nee

Stemt u in met een bemiddelingspoging door de klachtencommissie?

ja  nee

## 6. Inzage

Ik geef

1.  wel /  geen toestemming aan de klachtencommissie voor inzage/afschrift van (delen van) mijn medisch dossier, voor zover voor de behandeling van de klacht relevant.
2.  wel /  geen toestemming aan de aangeklaagde voor het gebruik van mijn (medische) gegevens voor zover deze relevant zijn voor zijn verweer.
3.  wel /  geen toestemming aan de zorgaanbieder kennis te nemen van de klacht en mijn (medische) gegevens, voor zover relevant voor de zorgaanbieder om een zienswijze te kunnen formuleren.

Indien klager niet cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger is hieronder de handtekening van de cliënt en/of diens wettelijk vertegenwoordiger:

\_\_\_\_\_  
Cliënt

\_\_\_\_\_  
Wettelijk vertegenwoordiger

## 7. Bijzondere opmerkingen / aanvullingen

**Datum:**        .....-.....-.....

**Handtekening klager:**

**Handtekening wettelijk vertegenwoordiger  
(indien van toepassing):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Zie toelichting volgende pagina*

## TOELICHTING

### **Klachtenreglement**

Bij een klacht is het klachtenreglement van Vincent van Gogh van toepassing. U kunt hiernaar vragen bij de verpleging of het secretariaat klachtencommissie Vincent van Gogh. Ook is het reglement digitaal beschikbaar via: <https://www.vvgi.nl/organisatie/omgaan-met-cliëntenbelangen/ontevreden-of-een-klacht/>

### **Adres waar u uw klacht naartoe kunt sturen**

*Voor interne zendingen:*

Secretariaat klachtencommissie Vincent van Gogh  
Dienstencentrum  
STW 46

*Voor externe zendingen:*

Secretariaat klachtencommissie Vincent van Gogh  
Postbus 5  
5800 AA VENRAY

*Per e-mail:*

[klachtencommissie@vvgi.nl](mailto:klachtencommissie@vvgi.nl)

### **Ondersteuning door patiëntenvertrouwenspersoon**

Indien u aangeeft dat u ondersteuning wenst van een patiëntenvertrouwenspersoon, zal de klachtencommissie contact opnemen met één van de patiëntenvertrouwenspersonen, zodat deze u kan ondersteunen bij uw klacht. Uw klachtbrief wordt hierbij doorgestuurd. De patiëntenvertrouwenspersoon zal vervolgens contact met u opnemen.

### **Afhandeling**

De voorzitter van de klachtencommissie beoordeelt en beslist of de klacht schriftelijk afgehandeld kan worden. Tenzij de klager uitdrukkelijk aangeeft dat hij de klacht in een hoorzitting behandeld wil hebben.

### **Hoorzitting**

De hoorzitting is niet openbaar. Onder bepaalde omstandigheden kunnen, na zorgvuldige en voorafgaande toestemming van klager en aangeklaagde, toehoorders aanwezig zijn (bijv. medewerkers in het kader van hun opleiding).

### **Opschorting behandeltermijn bij bemiddeling**

Indien u instemt met een bemiddelingspoging, dan gaat de termijn voor afhandeling van de klacht pas in bij het beëindigen van de bemiddelingsfase.

### **Toestemming dossierinzage**

Voor een goede en zorgvuldige behandeling van uw klacht kan het nodig zijn dat de leden van de klachtencommissie relevante gegevens uit het medische dossier van de cliënt willen inzien. Client en/of diens wettelijk vertegenwoordiger dient hiervoor toestemming te geven. In het geval dat u een nabestaande bent, kunt u hiervoor geen vervangende toestemming geven.

### **Meer informatie**

Voor meer informatie rondom klachtenbehandeling kunt u bellen met het secretariaat van de klachtencommissie, telefoonnummers.: 0478 527 683 of 0478 57685.