



**AZ JAN PALFIJN
GENT**

OMBUDSDIENST

MELDINGSFORMULIER

Datum: / /

1. Identiteit van de melder (anonieme meldingen kunnen niet behandeld worden)

A. De melder is de patiënt.

▶▶▶ Ga meteen naar **2. Identiteit van de patiënt**

B. De melder is NIET de patiënt.

▶▶▶ Vul hieronder uw gegevens in en ga dan naar **2. Identiteit van de patiënt**

Naam melder:	.....
Voornaam melder:	.....
Geboortedatum melder:	.....
Adres melder:	..... .....
Telefoonnummer melder:	.....
Gsm-nummer melder:	.....
E-mailadres melder:	.....

2. Identiteit van de patiënt

Naam patiënt:	.....
Voornaam patiënt:	.....
Geboortedatum patiënt:	.....
Adres patiënt:	..... .....
Telefoonnummer patiënt:	.....
Gsm-nummer patiënt:	.....
E-mailadres patiënt:	.....

3. Beschrijving melding

Persoon:

Afdeling:

Beschrijving:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

U kan het ingevulde formulier bezorgen aan de hoofdverpleegkundige van de afdeling, het onthaal van het ziekenhuis of aan de ombudsdienst.

Contact:

Philippe De Clerck of Fritz Laureys, ombudspersonen AZ Jan Palfijn Gent

09 224 70 13 of 09 224 70 15– ombudsdienst@janpalfijngent.be

Watersportlaan 5, 9000 GENT