

Geschillencommissie KPZ

Formulier voor het indienen van een geschil

De Geschillencommissie KPZ is een onafhankelijke geschillencommissie die geschillen behandelt in het kader van de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van cliënten (en hun naasten) over de zorg van zelfstandige zorgaanbieders en zorgaanbieders in kleinschalige zorginstellingen die zijn aangesloten bij Klachtenportaal Zorg. De Geschillencommissie KPZ is erkend door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Op grond van artikel 10 van het Geschillenreglement Geschillencommissie KPZ zijn onderstaande gegevens nodig om uw geschil in behandeling te kunnen nemen. U wordt verzocht dit formulier volledig in te vullen. Wanneer u meer ruimte nodig heeft om uw geschil toe te lichten dan kunt u een bijlage toevoegen.

U kunt dit formulier per e-mail verzenden aan:

secretaris@geschillencommissiekpz.nl

of per post aan:

Geschillencommissie KPZ

Westerstraat 117

1601 AD Enkhuzen

1. Persoonlijke gegevens van degene die het geschil indient:

Naam: m/v

Adres:

Postcode/woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

2. Persoonlijke gegevens van de cliënt (wanneer degene die het geschil indient niet de cliënt is):

Naam: m/v

Adres:

Postcode/woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

De ambtelijk secretaris van de Geschillencommissie KPZ correspondeert gedurende de procedure bij voorkeur per e-mail via het opgegeven e-mailadres van degene die het geschil indient. Wanneer u de correspondentie per post wenst te ontvangen, dient u dit hier aan te geven.

Ik wil de correspondentie niet per e-mail, maar per post ontvangen.

3. De zorgaanbieder met wie het geschil bestaat:

Naam:

Adres:

Postcode/woonplaats:

Plaats:

4. De persoon/personen bij de zorgaanbieder op wie het geschil betrekking heeft:

Naam: m/v

Functie:

5. Datum of periode waarop het geschil betrekking heeft:

.....
.....

6. Datum waarop de klacht bij de zorgaanbieder is ingediend:

.....
.....

7. Indien geen klacht bij de zorgaanbieder is ingediend, dient u hier aan te geven of en zo ja, waarom van u in redelijkheid niet kan worden verlangd dat eerst een klacht wordt ingediend bij de zorgaanbieder (artikel 8 lid 4 sub c Geschillenreglement Geschillencommissie KPZ).

.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. Een duidelijke omschrijving van de inhoud van het geschil:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. Een duidelijke omschrijving van feiten en omstandigheden die aan het geschil ten grondslag liggen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

10. Indien u meent schade te hebben geleden door de gedraging van de zorgaanbieder jegens u en om een toekenning van schadevergoeding verzoekt (artikel 20 Geschillenreglement Geschillencommissie KPZ), dient u hier aan te geven en te motiveren welke schade u heeft geleden:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

11. Hoe zou naar uw mening het geschil opgelost moeten worden:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Handtekening van de indiener:

Datum:

.....

.....

Handtekening van de cliënt wanneer degene die het geschil indient niet de cliënt is:

.....

Griffiegeld

Voor het in behandeling nemen van het geschil dient een bedrag van € 125,- te worden betaald. Wanneer u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld door de Geschillencommissie zal de zorgaanbieder dit bedrag aan u betalen. Wanneer u niet in het gelijk wordt gesteld, wordt het bedrag niet terugbetaald. U kunt het bedrag van € 125,- overmaken op rekening NL08INGB0004920880 t.n.v. Geschillencommissie KPZ onder vermelding van 'griffiegeld'.

Machtiging

Wanneer het geschil wordt ingediend door een (wettelijk) vertegenwoordiger van cliënt dient een schriftelijke machtiging te worden ingediend. Een voorbeeld van een machtiging vindt u op de website.