

Blankett för klagomål/missnöje



Askersunds
tandläkarna

Kontaktuppgifter till den som framför klagomålet (patienten).

Namn: _____ Personnr: _____

Adress: _____

Postnummer och ort: _____

E-postadress: _____

Telefonnummer/mobilnummer: _____

Beskriv händelsen/klagomålet som avses:

Vad kunde vi (som vårdgivare) ha gjort annorlunda?

Underskrift: _____

Ort och datum: _____

Blanketten postas/mailas till nedanstående adress, vi kontaktar dig därefter inom 1 vecka.