**Het formulier om uw klacht kenbaar te maken d.d. ……………….**Met dit formulier dient u een klacht in tegen een therapeut die is aangesloten bij de LVNT.

1. **Wie is de behandelaar over wie u een klacht indient?**Naam therapeut: ……………………….. (verplicht)  
   Adres en plaats praktijk: ………………………… (plaats verplicht)  
   Tel: ………………………… (tel. verplicht)  
   E-mailadres therapeut: …………………………  
   Website therapeut: …………………………
2. **Wanneer vond de behandeling plaats waarover u een klacht heeft? Of welke periode was u in behandeling waarover u een klacht heeft?**  
   datum en/of periode …………………………
3. **In welke relatie staat u tot de therapeut?**  
   € cliënt   
   € wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt,   
    bijvoorbeeld ouder van een minderjarig kind (is jonger dan 12 jaar)  
    Wat is de geboortedatum van uw kind? dd-mm-jjjj  
   € nabestaande van de cliënt  
   € anders, namelijk ……………………………………….
4. **Indien u ouder van een minderjarig kind bent, wat is de geboortedatum van uw kind?**dd-mm-jjjj
5. **Wilt u hier uw klacht omschrijven? (feiten en omstandigheden)**
6. **Heeft u over uw klacht gesproken, of anderszins contact hierover gehad met uw therapeut?**  
   € ja,  
   € nee
7. **Zou u het op prijs stellen om hulp te krijgen voor een gesprek met de therapeut over uw onvrede?   
   Zo ja, dan zorgen wij voor een klachtenfunctionaris die u daarbij kan helpen. De klachtenfunctionaris werkt onafhankelijk van de therapeut en de beroepsvereniging. We sturen uw informatie dan door naar de klachtenfunctionaris. Hij of zij neemt vervolgens contact met u op.**  
    **Wilt u dat wij een klachtenfunctionaris inzetten?**  
   € ja € nee

Indien nee, waarom niet? …………………..

1. **Indien u om bepaalde redenen geen gesprek wilt met de therapeut, of u weet het niet, dan is het ook mogelijk te spreken met alleen een klachtenfunctionaris.   
   Zou u dat willen?**

€ ja € nee € niet van toepassing

1. **Vul hier uw naam- en adresgegevens in, zodat er contact met u opgenomen kan worden.  
   Naam: ………………………… (verplicht)  
   Adres: …………………………. (woonplaats verplicht)  
   E-mailadres: ………………………….**  
   **Telefoonnummer: …………………………. (verplicht)**
2. **Binnen welke wet vallen de sessies / de behandeling die u heeft gehad?**€ de Wkkgz (u betaalde zelf de sessies, en/of voor een deel de zorgverzekeraar)  
   € de Jeugdwet (want de sessie werd betaald door de gemeente of via de gemeente)  
   € dat weet ik niet  
   € anders, namelijk ……………………………………………………
3. **Eventuele opmerkingen:**