

Toestemmingsformulier overdracht medisch dossier

Hierbij geef ik toestemming om mijn medisch dossier te versturen naar mijn nieuwe huisarts.

Ik verhuis/wij verhuizen per : _____

Naam : _____

Adres / Woonplaats : _____

Postcode : _____

Telefoonnummer : _____

Geb. datum : _____

BSN nummer : _____

Vorige huisarts : _____

Gegevens nieuwe huisarts:

Praktijk : _____

Naam huisarts : _____

Adres : _____

Postcode en woonplaats : _____

Email : _____

Wij vragen u hieronder de overige gezinsleden in te vullen van wie de dossiers ook verstuurd moeten worden naar de nieuwe huisarts.

Naam en geboortedatum : _____

BSN nummer : _____

Naam en geboortedatum : _____

BSN nummer : _____

Naam en geboortedatum : _____

BSN nummer : _____

Naam en geboortedatum : _____

BSN nummer : _____

Plaats en datum : _____

Handtekening: