



Toestemmingsformulier overdracht medisch dossier

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

Naam : _____

Adres : _____

Postcode en woonplaats : _____

Geb datum : _____

Telefoonnummer : _____

Emailadres : _____

Naam huisarts IJsselmuiden : _____

Gegevens nieuwe huisarts:

Praktijk : _____

Naam huisarts : _____

Adres : _____

Postcode en woonplaats : _____

Wilt u hieronder de overige gezinsleden invullen waarvan de dossiers ook verstuurd moeten worden naar de nieuwe huisarts.

Naam en geboortedatum : _____

Naam en geboortedatum : _____

Naam en geboortedatum : _____

Naam en geboortedatum : _____

Naam en geboortedatum : _____

Plaats en datum : _____

Handtekening: