



Toestemmingsformulier overdracht medisch dossier bij uitschrijven

Ondergetekende / (wettelijk) vertegenwoordiger van:

Persoonsgegevens	
Achternaam	
Meisjesnaam	
Voorletter(s)	
Geboortedatum	
Geslacht	M / V / X
Adres	
Postcode & Woonplaats	
BSN	

Geeft hierbij toestemming om zijn/haar dossier over te dragen aan onderstaande huisarts:

Gegevens nieuwe huisarts	
Naam huisarts	
Huisartsenpraktijk	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Datum van uitschrijving	
Reden van uitschrijving	

(Andere) gezins- familieleden:

	Naam	Geb. datum	M/V/X	BSN	Handtekening
1					
2					
3					
4					

Datum: _____ Plaats: _____ Handtekening: _____

- Voor patiënten tot 12 jaar volstaat een handtekening van ouder/voogd/wettelijk vertegenwoordiger.
- Voor patiënten van 12 tot 16 jaar geldt een dubbele toestemming; zowel een handtekening van ouder/voogd/wettelijk vertegenwoordiger alsmede van patiënt zelf.
- Voor patiënten van 16 jaar en ouder volstaat een handtekening van de patiënt zelf
- Graag doorgeven aan andere behandelaars/ziekenhuizen/apotheek waar u bekend bent, dat u van huisarts wisselt.

Het dossier zal worden verstuurd via ZorgMail File Transfer (ZFT) / Promedico-ASP. Voor meer informatie over de overdracht van medische gegevens zie website KNMG.

Handtekening/stempel praktijk voor akkoord: _____