

Toestemmingsformulier overdracht medisch dossier bij uitschrijving

De praktijk gaat zorgvuldig met uw gegevens om. Wij vragen u daarom schriftelijk toestemming te geven voor de overdracht van uw medisch dossier.

Let op: Voor partners en gezinnen geldt dat ieder persoon afzonderlijk zijn/ haar naam en handtekening moet invullen op een eigen formulier.

De medische wetgeving stelt dat kinderen **vanaf 12 jaar zelf en ouder/voogd*** toestemming moeten geven voor de overdracht van hun dossier. De ouder/voogd geeft toestemming voor kinderen van 0 tot en met 11 jaar. Kinderen **vanaf 16 jaar** geven **zelf** toestemming. Voor kinderen van gescheiden ouders dienen **beide** ouders toestemming te geven voor overdracht van het medisch dossier van het kind.

Persoonsgegevens:

Achternaam (+ evt. meisjesnaam) _____
Voorletters _____
Geboortedatum _____
Geslacht **man/vrouw** (doorhalen wat niet van toepassing is)
Burger Service Nummer _____

Adresgegevens:

Straatnaam + huisnummer _____
Postcode + Woonplaats _____
Telefoonnummer _____
Mobielnummer _____

Nieuwe huisarts:

Naam huisarts _____
Adres _____

Ik ga akkoord met het opvragen en uitwisselen van mijn medische gegevens met mijn nieuwe huisarts

Datum	Handtekening	Datum	Handtekening* ouder/voogd
__/__/__	_____	__/__/__	_____

HUISARTSENPRAKTIJK KAPSENBERG

Adres
Wispelweg 2b
8105 AB Luttenberg

T 0572 346070
W Kapsenberg.praktijkinfo.nl
E info@huisartsenpraktijkkapsenberg.nl

KVK 76688909
IBAN NL49 RABO 0348 7986 60