

## 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**  
Wispeelweg 2b  
8105 AB Luttenberg

**T** 0572 346070 **KVK** 76688909  
**W** huisartsenpraktijkkapsenberg.nl **IBAN** NL49 RABO 0348 7986 60  
**E** [huisartsenpraktijkkapsenberg@hcdo.nl](mailto:huisartsenpraktijkkapsenberg@hcdo.nl)