

VERZOEK OVERDRACHT MEDISCH DOSSIER

Bij deze verzoek ik Huisartsenpraktijk Stad & Ambt om de medische gegevens van onderstaande patiënt zo spoedig mogelijk en volledig over te dragen aan haar/zijn nieuwe huisarts.

Gegevens patiënt:

Naam en voorletters:
Geboortedatum:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:

Gegevens nieuwe huisarts:

Naam huisarts:
Praktijknaam:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:

Ondertekening door patiënt: (bij 12 jaar en ouder en wilsbekwaam)

Naam: Handtekening:
Plaats:
Datum:

Ondertekening (wettelijk) vertegenwoordiger(s): (bij jonger dan 12 jaar of wilsbekwaam)

vertegenwoordiger 1: ouder / voogd / curator / mentor / anders*

Naam: Handtekening:
Plaats:
Datum:

vertegenwoordiger 2: ouder / voogd / curator / mentor / anders*

Naam: Handtekening:
Plaats:
Datum:

Zijn er (wettelijk) vertegenwoordigers die niet ondertekend hebben? ja / nee *

*doorhalen wat niet van toepassing is