Huisartsen praktijk Tolhek

**Toestemmingsformulier betreffende overdracht medisch dossier**

Naam patiënt :………………………………………………………………………………………..

BSN :………………………………………………………………………………………..

Geb. datum :………………………………………………………………………………………..

Adres :………………………………………………………………………………………..

Postcode :………………………………………………………………………………………..

Woonplaats :………………………………………………………………………………………..

Huidige huisarts :………………………………………………………………………………………..

Nieuwe huisarts :………………………………………………………………………………………..

Adres nieuwe  
huisarts :………………………………………………………………………………………..

:………………………………………………………………………………………..

:………………………………………………………………………………………..

Bovengenoemde patiënt verklaart hierbij toestemming te geven voor de overdracht van het medische dossier t.b.v. de nieuwe huisarts.  
Voor kinderen <12 jaar dienen beide gezag hebbende ouders dit formulier te tekenen.

Het medisch dossier al middels het beveiligde Zorgtransfer systeem worden overgedragen

Datum :…………………………… Plaats:…………………………….

Handtekening :……………………………………………. Handtekening :…………………………………………….

U dient dit formulier retour te zenden via de mail.

Zonder dit formulier mogen wij uw medisch dossier niet overdragen