



HUISARTSENPRAKTIJK DODEWAARD

Steegakker 17
6669 CZ Dodewaard

Uitschrijfformulier patiënt

Ondergetekende(n) verklaart/verklaren zich met ingang van _____ (datum) uit te schrijven uit Huisartsenpraktijk Dodewaard

Naam + voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Adres + Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Gegevens nieuwe huisarts

Naam huisartsenpraktijk: _____

Adres praktijk: _____

Postcode + Plaats: _____

Telefoonnummer: _____

Hierbij verzoek ik u om mij uit te schrijven en mijn medische gegevens over te dragen aan mijn nieuwe huisarts.

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening (Ouder/Voogd*):



Tip: Wilt u er alstublieft aan denken om uw wijziging van huisarts door te geven aan uw apotheek en aan vaste behandelend specialisten in het ziekenhuis? Dit wordt niet automatisch aangepast.

*Toelichting: Het is voor een huisarts niet toegestaan om zonder toestemming medische gegevens over te dragen aan een andere huisarts. Volgens de richtlijn van artsenorganisatie KNMG dient ieder gezinslid van 12 jaar en ouder zelf toestemming te geven. Voor kinderen jonger dan 12 jaar geldt dat de ouders/voogd toestemming geven.