

Toestemmingsformulier betreffende overdracht medisch dossier

Naam patiënt :

BSN :

Geb. datum :

Adres :

Postcode :

Woonplaats :

Huidige huisarts:

Nieuwe huisarts:

Adres :

Postcode :

Woonplaats :

Bovengenoemde patiënt verklaart hierbij toestemming te geven voor de overdracht van het medisch dossier t.b.v. de nieuwe huisarts.
Het medisch dossier zal middels aangetekende post of via het beveiligde Zorgtransfer systeem worden overgedragen.

Datum : Plaats:

Handtekening:

U dient dit formulier in te leveren bij Gezondheidscentrum Terwinselen, adres: t.a.v. Huisartsenpraktijk, Maarzijde 2, 6467 GC Kerkrade.

Vergeet niet uw legitimatiebewijs mee te nemen.

Zonder dit formulier mogen wij uw medisch dossier niet overdragen.
Dit formulier wordt conform richtlijnen 20 jaar bewaard.