

Persoonsgegevens

Naam en voorletters: _____
Roepnaam: _____
Geboortedatum: _____
Adres: _____
Postcode en woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____

Toestemming overdragen medische gegevens

“Hierbij verzoek ik u de behandelingsovereenkomst te beëindigen, en mijn medische gegevens over te dragen aan mijn nieuwe huisarts.”

Ja, ik ga akkoord. Nee, ik ga niet akkoord.

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Gegevens van eventuele partner en kinderen

Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.

Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven.

Kinderen vanaf 16 jaar dienen zelf toestemming te geven.

“Hierbij verzoek ik u de behandelingsovereenkomst te beëindigen, en mijn medische gegevens over te dragen aan mijn nieuwe huisarts.”

Ja, ik ga akkoord. Nee, ik ga niet akkoord.

Naam en voorletters:

Geboortedatum:

Datum:

Plaats:

Handtekening:

(Niet nodig bij kinderen <12 jaar.)

“Hierbij verzoek ik u de behandelingsovereenkomst te beëindigen, en mijn medische gegevens over te dragen aan mijn nieuwe huisarts.”

Ja, ik ga akkoord. Nee, ik ga niet akkoord.

Naam en voorletters:

Geboortedatum:

Datum:

Plaats:

Handtekening:

(Niet nodig bij kinderen <12 jaar.)

“Hierbij verzoek ik u de behandelingsovereenkomst te beëindigen, en mijn medische gegevens over te dragen aan mijn nieuwe huisarts.”

Ja, ik ga akkoord.

Nee, ik ga niet akkoord.

Naam en voorletters:

Geboortedatum:

Datum:

Plaats:

Handtekening:

(Niet nodig bij kinderen <12 jaar.)

“Hierbij verzoek ik u de behandelingsovereenkomst te beëindigen, en mijn medische gegevens over te dragen aan mijn nieuwe huisarts.”

Ja, ik ga akkoord.

Nee, ik ga niet akkoord.

Naam en voorletters:

Geboortedatum:

Datum:

Plaats:

Handtekening:

(Niet nodig bij kinderen <12 jaar.)

“Hierbij verzoek ik u de behandelingsovereenkomst te beëindigen, en mijn medische gegevens over te dragen aan mijn nieuwe huisarts.”

Ja, ik ga akkoord.

Nee, ik ga niet akkoord.

Naam en voorletters:

Geboortedatum:

Datum:

Plaats:

Handtekening:

(Niet nodig bij kinderen <12 jaar.)

Gegevens nieuwe huisarts

Naam: _____

Adres: _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Gegevens nieuwe apotheek

Naam: _____

Adres: _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Ruimte voor eventuele opmerking:
