

**Toestemmingsformulier betreffende overdracht medisch dossier**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

……………………………………………………………………………………………..

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: ……………………………………………………………………………………………..

Verhuizen woonverband:

Bovengenoemde patiënt geeft tevens toestemming om het medisch dossier van zijn/haar echtgenoot en/of kinderen over te dragen.

**Naam en geboortedatum uit te schrijven woonverband leden:**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: | Geboortedatum: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

U dient dit formulier retour te zenden of langs te brengen bij uw huisarts,

**voorzien van uw kopie legitimatie.**

Zonder dit formulier mogen wij uw medisch dossier niet overdragen.

****

**Uitschrijfformulier Huisartsenpraktijk Contrast**

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

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

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

**Uitschrijven woonverband:**

() Nee

() Ja

**Naam en geboortedatum uit te schrijven woonverband leden:**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: | Geboortedatum: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Uitschrijving per : ……………………………………………………………………………………………..

**Reden van uitschrijving:**

() Verhuizing:

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

() Klacht medewerker:

Omschrijving: …………………………………………………………………………………………………

() Anders:

Namelijk: …………………………………………………………………………………………………………

**Medisch dossier:**

() Opsturen naar nieuwe huisarts -> invullen toestemmingsformulier

Afgehandeld door: ………………………………………………………….

Datum: ……………………………………………………………………………