# **Uitschrijfformulier/ Verklaring van uitschrijving**

Ondergetekende:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Achternaam: |  | man / vrouw\* |
| Meisjesnaam: |  |  |
| Voorletters: |  | BSN: |
| Geboortedatum: |  | Tel nr: |
| Oude adres en postcode: |  |  |
| Nieuwe adres en postcode: |  |  |
| Naam nieuwe praktijk: |  |  |

Verzoekt om uitschrijving uit de praktijk. Bovenstaande patiënt verzoekt en geeft toestemming om zijn/haar medische gegevens te verzenden naar:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam nieuwe huisarts: |  |
| Adres/Plaats: |  |
| Telefoon: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |  |
| Reden van uitschrijving: |  |

\*= doorhalen wat niet van toepassing is

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam:** | **Ouder/voogd naam:** |
| **Handtekening:** | **Handtekening:** |

*Toelichting:*

*Als u kiest voor een andere huisarts (bijvoorbeeld na een verhuizing naar een andere woonplaats) is het van belang dat uw medische gegevens worden overgedragen aan de nieuwe huisarts.*

*Het is een huisarts niet toegestaan om zonder toestemming medische gegevens over te dragen aan een andere huisarts. Volgens een 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 dienen te geven*