



## Uitschrijfformulier

### Ondergetekende:

Naam: .....m/v\*

Voorletters: .....

Geboortedatum: ..... - ..... - .....

BSN: .....

Oud adres: .....

Postcode + woonplaats: .....

.....

Nieuw adres: .....

Postcode + Woonplaats: .....

Verzoekt om uitschrijving uit de praktijk. Hij/zij verzoekt zijn/haar medische gegevens te verzenden naar:

Naam nieuwe huisarts: .....

Adres/Plaats: .....

Telefoon: .....

Datum: ..... - ..... - .....

Reden van uitschrijving: .....

**Naam + handtekening**

**Ouder/voogd naam + 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 artsen- organisatie 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.

\* = Doorhalen wat niet van toepassing is

### **q** Adres

Putterweg 6a  
8191 AZ Wapenveld

**z** Telefoon: 038 447 8701

**o** info@praktijkwapenveld.nl

**f** praktijkwapenveld.nl

K.v.K.: 08199318

B.W.: 8064.71.050.B.01

BIC: INGBBNL2A

IBAN: NL50INGB0007998128