

# UITSCHRIJFFORMULIER



## Vanaf heden ben ik ingeschreven als patiënt bij

Huisartsenpraktijk: \_\_\_\_\_

Huisarts: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Datum inschrijving bij nieuwe huisarts: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

## Persoonsgegevens

Achternaam: \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Geslacht:  man  vrouw

BSN nr.: \_\_\_\_\_

## Overdracht medische gegevens

- Ik verzoek u mijn medisch dossier over te dragen aan mijn nieuwe huisarts op bovenstaand adres.
- Ik kom mijn dossier zelf ophalen en bewaar het zelf.  
Neem een **geldig legitimatiebewijs** mee.
- Hierbij machtig ik \_\_\_\_\_ geb.dat.: \_\_\_\_\_  
om mijn medische dossier op te halen. Deze persoon moet **zichzelf legitimeren**.  
Ook moet u een **kopie** van uw **eigen** geldige **legitimatiebewijs** meegeven.
- Ik heb bezwaar tegen overdracht van mijn medische gegevens.  
In dat geval wordt het dossier niet overgedragen,  
maar gedurende 20 jaar bij Huisartsenpraktijk de Pelikaan bewaard.

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

Wanneer meerdere personen mee uitgeschreven worden dit op het volgende formulier aangeven s.v.p

# UITSCHRIJFFORMULIER

UITSCHRIJFFORMULIER INWONENDEN

De volgende personen graag met mij uitschrijven:



**de Pelikaan**  
HUISARTSENPRAKTIJK

## PARTNER

Achternaam: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BSN nr.: \_\_\_\_\_ Geslacht:  man  vrouw

Overdracht dossier aan nieuwe huisarts:  ja  zelf ophalen  machtiging  nee  
(legitimatie) (kopie legitimatie)

Handtekening: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

## KINDEREN ONDER DE 16

Achternaam: \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_

Geslacht:  man  vrouw Geb. Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BSN nr.: \_\_\_\_\_

Achternaam: \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_

Geslacht:  man  vrouw Geb. Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BSN nr.: \_\_\_\_\_

Achternaam: \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_

Geslacht:  man  vrouw Geb. Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BSN nr.: \_\_\_\_\_