

UITSCHRIJFFORMULIER

Vanaf heden ben ik ingeschreven als patiënt bij:

Huisartsenpraktijk: _____

Huisarts: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

Telefoonnummer: _____

Datum inschrijving bij nieuwe huisarts: ____/____/20____

Persoonsgegevens

Achternaam: _____

Geslacht: man
 vrouw

BSN nr.: _____

Voorletters: _____ Geboortedatum: ____/____/____

Huidig adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Vorig adres: _____

Postcode: _____ *Woonplaats:* _____

Overdracht medische gegevens

- Ik verzoek u mijn medisch dossier over te dragen aan mijn nieuwe huisarts op bovenstaand adres.
- Ik heb bezwaar tegen overdracht van mijn medische gegevens aan mijn nieuwe huisarts. In dat geval wordt het dossier niet overgedragen, maar gedurende 15 jaar bij Huisartsenpraktijk de Pelikaan bewaard.

Datum: ____/____/20____

Handtekening: _____