

Medisch Centrum Poortvliet-Scherpenisse BV

Dhr A.J.S.H. Brussen Huisarts

Paasdijkstraat 4

4693 BR Poortvliet

0166-612400

TOESTEMMINGSFORMULIER OVERDRACHT MEDISCH DOSSIER BIJ UITSCHRIJVEN

Ondergetekende (Wettelijk) vertegenwoordiger van :

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

BSN:

Datum:

Handtekening:

Geeft hierbij toestemming om zijn/haar dossier over te dragen aan onderstaande nieuwe huisarts :

Naam:

Huisartsenpraktijk:

Adres:

Postcode:

Telnr:

Inschrijfdatum nieuwe huisarts :

Het dossier zal worden verstuurd via een beveiligde verbinding.