

Huisartsenmaatschap Balk-Woudsend

Herman Gorterstraat 10-A

8561 BS Balk

Formulier mag per mail verstuurd worden naar:

hapbalk@ezorg.nl

**Toestemmingsverklaring versturen medische gegevens**

Hierbij geef ik toestemming om mijn medische dossier door te sturen naar mijn nieuwe huisarts.

**Datum:**  **Handtekening:**

Gegevens nieuwe huisarts:

Naam:……………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres:……………………………………………………………………………………………………………………………………

Postcode en woonplaats:……………………………………………………………….........................................

**Gegevens patiënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam en voorletters: |  |
| Meisjesnaam: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Adres: |  |
| Postcode en woonplaats: |  |
| Telefoon (privé of mobiel): |  |
| E-mailadres: |  |

**Onderstaande alleen invullen als de aanvrager een andere persoon is dan de patiënt (dit is uitsluitend toegestaan bij kinderen jonger dan 16 jaar):**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam aanvrager: |  |
| Relatie tot patiënt: |  |
| Adres: |  |
| Postcode en woonplaats: |  |
| Telefoon (prive of mobiel): |  |
| E-mailadres: |  |