

Toestemmingsverklaring uitschrijven bij HAP Ben-Zvi

Hierbij geef ik toestemming om mijn medisch dossier over te dragen aan onderstaande nieuwe huisarts:

Naam nieuwe huisarts:
Huisartsenpraktijk:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Tel.nr.:
Inschrijfdatum nieuwe huisarts

Naam:
Geboortedatum:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
BSN:

Eventuele kinderen die uitgeschreven moeten worden:

1. Naam en geboortedatum:
2. Naam en geboortedatum:
3. Naam en geboortedatum:

**Per persoon vanaf 16 jaar dient er een formulier ingevuld en ondertekend te worden.*

Datum:

Handtekening