

Toestemmingsverklaring uitschrijven bij HAP Parisius

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