

**UITSCHRIJFFORMULIER**

*(per patiënt één uitschrijfformulier)*

Bij deze verzoek ik huisartsenpraktijk van Kleef mij uit te schrijven als patiënt en mijn medische gegevens over te dragen aan de nieuwe huisarts.

**Gewenste uitschrijfdatum:**

**Persoonsgegevens:**

Voorletters en achternaam (+ meisjesnaam):

Geboortedatum:

Adres en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

**Nieuwe huisartsenpraktijk:**

Naam:

Plaats:

Graag aan het ziekenhuis melden dat u veranderd van huisarts.

Bovengenoemde patiënt(e) verklaart hierbij toestemming te hebben verleend voor het verzenden van de medische gegevens naar de toekomstige huisarts.

Datum van ondertekening:

Handtekening:



**Toestemmingsverklaring voor patiënten onder de 12 jaar en wilsonbekwame patiënten.**

**Ondertekening**

*Vanaf 12 jaar door patiënt zelf*

Plaats:

Datum: Handtekening:

*Van 0 tot 16 jaar ondertekening door wettelijk vertegenwoordiger(s)*

*Wettelijk vertegenwoordiger 1*

Naam: *Ouder/voogd/curator/mentor/anders:* \*

Plaats:

Datum: Handtekening:

*Wettelijk vertegenwoordiger 2*

Naam: *Ouder/voogd/curator/mentor/anders:* \*

Plaats:

Datum: Handtekening:

*\*Doorhalen wat niet van toepassing is*