

HUISARTSENPRAKTIJK CORNIPS

Rijksweg Zuid 162

6161 BT Geleen

Verklaring van uitschrijving

Persoonsgegevens

Achternaam: _____ m/v

Meisjesnaam (indien van toepassing): _____

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Burger Service Nummer: _____

Verklaart zich hierbij te willen uitschrijven bij Huisartsenpraktijk Cornips

Per (datum): ____-____-20____

En geeft hierbij toestemming tot overdracht van het medisch dossier naar de nieuwe huisarts.

Gegevens nieuwe huisarts

Naam: _____

Straat en huisnummer: _____

Postcode en plaats: _____

Telefoonnummer: _____

Gegevens nieuw adres

Adres : _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Reden van overschrijving

O Verhuizing O Anders nl: _____

Datum: _____ Plaats: _____

Handtekening: _____

Partner dient zelf een formulier in te vullen, kinderen tot 16 jaar invullen op achterzijde.
Kinderen vanaf 16 jaar zelf een formulier laten invullen

Verklaring van uitschrijving

Kinderen

Achternaam: _____ m/v

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Burger Service Nummer: _____

Achternaam: _____ m/v

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Burger Service Nummer: _____

Achternaam: _____ m/v

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Burger Service Nummer: _____

En geeft hierbij toestemming tot overdracht van het medisch dossier naar de nieuwe huisarts.

Datum: _____ Plaats: _____

Handtekening ouder

Datum: _____ Plaats: _____

Handtekening kind indien 12 jaar-16 jaar

NB Kinderen vanaf 16 jaar dienen zelf een eigen formulier in te vullen