**Uitschrijfformulier**

Hierbij verleen ik toestemming om mij als patiënt uit te schrijven uit de Apotheekhoudende Huisartsenpraktijk Beek Montferland en mijn medisch dossier te verzenden naar mijn nieuwe huisarts.

*Als u dit formulier invult voor een kind jonger dan 16 jaar en u deelt het gezag, dan moet ook de andere ouder(voogd) akkoord zijn met de uitschrijving. Vanaf 12 jaar dient ook het kind mee te tekenen.*

Persoonsgegevens:

Voor-/achternaam: …………………………………………………………………………………………………………

Geboortedatum: ………………………………………………………………………………………………………..

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

Postcode/Woonplaats: ………………………………………………………………………………………………………..

Telefoonnummer: ……………………………………………………………………………………………………….

Met ingang van: …………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Handtekening ter bevestiging van uw uitschrijving:

Datum: ………………………….

Samen met zijn/haar familie/huisgenoten:  
**personen boven de 12 jaar dienen zelf te ondertekenen**

**Naam: Geboortedatum: Handtekening:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| m/v |  |  |  |
| m/v |  |  |  |
| m/v |  |  |  |
| m/v |  |  |  |
| Gegevens nieuwe huisarts: | | | |

Naam: ……………………………………………………………………………………………………..

Adres / plaats: ……………………………………………………………………………………………………..

Telefoonnummer: …………………………………………………………………………………………………….