

**Verklaring van uitschrijving**

Ondergetekende,

 Naam: …………………………………………………………………………
 Geboortedatum: …………………………………………………………………………
 Adres: …………………………………………………………………………
 Postcode en plaats: …………………………………………………………………………
 Telefoonnummer: …………………………………………………………………………
 Reden van Uitschrijving: …………………………………………………………………………

Verzoekt om uitschrijving uit de praktijk. Hij/zij verzoekt om medische gegevens te verzenden naar:

 Naam nieuwe huisarts: …………………………………………………………………………
 Adres: …………………………………………………………………………
 Postcode en plaats: …………………………………………………………………………
 Telefoon: …………………………………………………………………………
 Datum: …………………………………………………………………………

Naam en handtekening: Ouder/voogd handtekening:

Datum:

Toelichting: Het is voor een huisarts niet toegestaan om zonder toestemming medische gegevens over te dragen aan een andere huisarts. Volgens de richtlijn van artsenorganisatie KNMG dient ieder gezinslid van 12 jaar en ouder zelf toestemming te geven. Voor kinderen jonger dan 12 jaar geldt dat de ouders/voogd toestemming geven**.**