**Huisartsenpraktijk Saunier**

Averbergen 3b

8121 CA Olst

T 0570- 561292

[www.Huisartsenpraktijksaunier.nl](http://www.Huisartsenpraktijksaunier.nl)

**Toestemmingsformulier overdracht medisch dossier bij uitschrijving**

De praktijk gaat zorgvuldig met uw gegevens om. Wij vragen u daarom schriftelijk toestemming te geven voor de overdracht van uw medisch dossier.

Let op: Voor partners en gezinnen geldt dat ieder persoon afzonderlijk zijn/ haar naam en handtekening moet invullen op een eigen formulier.

De medische wetgeving stelt dat kinderen **vanaf 12 jaar zelf en ouder/ voogd\*** toestemming moeten geven voor de overdracht van hun dossier. De ouder/voogd geeft toestemming voor kinderen van 0 tot en met 11 jaar. Kinderen **vanaf 16 jaar** geven **zelf** toestemming. Voor kinderen van gescheiden ouders dienen **beide** ouders toestemming te geven voor overdracht van het medisch dossier van het kind.

**Persoonsgegevens:**

Achternaam (+ evt. meisjesnaam) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voorletters \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geslacht man/vrouw (doorhalen wat niet van toepassing is)

Burger Service Nummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresgegevens:**

Straatnaam + huisnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode + Woonplaats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobielnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nieuwe huisarts:**

Naam huisarts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ik ga akkoord met het opvragen en uitwisselen van mijn medische gegevens met mijn nieuwe huisarts

**Datum Handtekening Datum Handtekening**\* ouder/voogd

\_\_\_/\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_