# Uitschrijfformulier huisartsenpraktijk Akkrum

**Uitschrijfdatum: ........-........-................**

Ondergetekende:

|  |  |
| --- | --- |
| **Persoonsgegevens:** | |
| Achternaam |  |
| Voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geslacht | M / V |
| Geboortedatum |  |
| BSN nummer |  |
| Oud adres |  |
| Nieuw adres |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |

Verzoekt om uitschrijving uit Huisartsenpraktijk Akkrum en verzoekt zijn/haar medische gegevens te verzenden naar:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nieuwe huisarts:** | |
| Naam praktijk |  |
| Naam huisarts |  |
| Adres/ postcode |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |

Dit verzoek geldt tevens voor onderstaande gezinsleden onder de 12 jaar:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gegevens per uit te schrijven gezinslid (<12 jaar):** | | | | |
| Achternaam |  |  |  |  |
| Voorletters |  |  |  |  |
| Geboortedatum |  |  |  |  |
| Geslacht | M / V | M / V | M / V | M / V |
| BSN nummer |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Toestemming overdracht medische dossier:** | |
| *Voor het opsturen van het medisch dossier is schriftelijke toestemming nodig. Met ondertekening van dit formulier machtigt u Huisartsenpraktijk Akkrum om uw gegevens door te sturen naar uw nieuwe huisarts.* | |
| Datum |  |
| Plaats |  |
| Handtekening  *(na printen ondertekenen)* |  |

**Toelichting**

Als u kiest voor een andere huisarts (bijvoorbeeld na een verhuizing naar een andere woonplaats) is het van belang dat uw medische gegevens worden overgedragen aan de nieuwe huisarts. Het is een huisarts niet toegestaan om zonder toestemming medische gegevens over te dragen aan een andere huisarts. Volgens een 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 dienen te geven.