**Budels medisch centrum** *Mw. P.E.M. Uitendaal*

 **Grensweg 1**

 **6021 JW Budel**

 **0495-491504**

**Toestemmingsformulier overdracht medisch dossier bij uitschrijven**

Ondergetekende / (Wettelijk) vertegenwoordiger van:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Adres:  |  |
| Postcode: |  |
| Woonplaats: |  |
| BSN: |  |
| Datum: |  |
| Handtekening: |  |

Geeft hierbij toestemming om zijn/haar dossier over te dragen aan onderstaande nieuwe huisarts:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam huisarts: |  |
| Huisartsenpraktijk:  |  |
| Adres:  |  |
| Postcode: |  |
| Woonplaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| Inschrijfdatum nieuwe huisarts: |  |

Het dossier zal worden verstuurd via ZorgMail File Transfer (ZFT) / Medicom Grafisch