



**Dr C.L. de Visser
D. Visser
A. van Schothorst**

Huisartsenpraktijk
Het DOK
Vlechttuinen 1-G
8322 BA URK
T 0527-247024
F 0527-690453

Toestemmingsformulier overdracht medisch dossier

Hierbij geef ik toestemming om mijn medisch dossier te versturen naar mijn nieuwe huisarts.

Naam:
Geb. datum:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Tel.nr.:

Geggevens nieuwe huisarts:

Praktijk:
Naam huisarts:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Tel.nr.:

Plaats en datum:

Handtekening: