***Formulier dossieroverdracht***

Huisartsengroep Oosterpoort

Oosterstraat 2 – 13 t/m 17

7514 DZ Enschede

Geachte heer/mevrouw,

Uw huisarts mag uw medische gegevens alleen delen met andere zorgverleners als u hen daar schriftelijke toestemming voor heeft gegeven. Vanwege deze wetgeving is het voor u en ons van belang dat wij deze schriftelijke toestemming van u ontvangen, voordat wij uw dossier naar uw toekomstige huisarts sturen. Wilt u dit formulier invullen en ondertekend bij ons inleveren?

Bij voorbaat dank,

Uw huisarts

**Ik geef toestemming voor het digitaal versturen van mijn medisch dossier aan de nieuwe huisarts.**

Naam van uw huisarts : ……………………………….................................................

Naam nieuwe huisarts : ..……………………………………………………………………………..

Adres en woonplaats nieuwe huisarts : ……………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Geboortedatum: |
| Naam: | Handtekening patiënt: |
| Adres: |

**Gegevens van mijn kinderen**

Voor kinderen tot 12 jaar: u geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.

Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel u als ouder of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.

Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie u toestemming wilt regelen. Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten. Heeft u meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra formulier.

|  |  |
| --- | --- |
| Voor- en achternaam: | Geboortedatum: |
| Handtekening kind: | Handtekening ouder/voogd: |
| Voor- en achternaam: | Geboortedatum: |
| Handtekening kind: | Handtekening ouder/voogd: |