

Naam vorige huisarts:
Straat:
Woonplaats:
Telefoon:
e-mail:

Ondertekende verklaart hierbij dat hij/zij sinds __ - __ - ____ als patiënt is
ingeschreven bij:

Huisartspraktijk: Dr. S. Köthe
St. Odastraat 22
6002 BD Weert
AGB code praktijk: 01057503
AGB zorgverlener: 01025548

Naam patiënt:
Voornaam patiënt:
Adres:
Postcode en woonplaats:
Geboortedatum:
BSN:
Telefoonnummer:
Mobiele nummer:
e-mailadres:
Zorgverzekeraar:
Verzekeringsnummer:
Apotheek:

Toestemming inzien medisch dossier: JA / NEE

Bij deze geef ik toestemming tot het opvragen van het medisch dossier bij mijn
vorige huisarts.

Plaats: Datum: __ - __ - ____

Handtekening: