



**Dr C.L. de Visser  
D. Visser  
A. v. Schothorst  
E.A. Bollebakker /  
A. van Ee**

Huisartsenpraktijk  
Het DOK  
Vlechttuinen 1-G  
8322 BA URK  
T 0527-247024  
F 0527-690453  
Praktijkagb: 01055603

## 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.:

### **Gegevens nieuwe huisarts:**

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

**Plaats en datum:**

**Handtekening:**