J. Cijsouw b.v., apotheekhoudend huisarts,

Hoofdweg zuid 9, 9909BA Spijk,

tel: 0596-591202, fax: 0596-592233

email: huisartsspijk@ezorg.nl

**Verzoek om uitschrijving van patiënten en overdracht van medische gegevens.**

Geachte collega,

Onderstaande persoon/ personen heeft/ hebben zich per…………………………… aangemeld bij onze praktijk.

Wij vragen u om de medische gegevens naar ons op te sturen en hem/ haar/ hen uit te schrijven uit uw praktijk. Van de apotheek ontvangen we graag een AMO en een medicatiehistorie van het afgelopen half jaar.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | naam | geboortedatum | m/ v | verzekering | verzekeringsnummer |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Adresgegevens vorige huisarts:Naam:*……………………………………*Adres:………………………………………Plaats:…………………………………. | Telefoon:…………………………………fax:…………………………………………Email-adres:……………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| Adresgegevens vorige apotheek:Naam:*……………………………………*Adres:………………………………………Plaats:…………………………………. | Telefoon:…………………………………fax:…………………………………………Email-adres:……………………………. |

Ik geef toestemming voor het versturen van mijn/ onze medische gegevens naar huisartsenpraktijk J. Cijsouw te Spijk:

Naam:………………………………………. datum:……………………………..

Handtekening:………………………………………………………………………………….