

## UITSCHRIJFFORMULIER Patiënten *Medisch Centrum Leebrug*

Hierbij schrijf ik mij/ons uit bij Medisch Centrum Leebrug.

Ik geef hierbij toestemming om mijn/onze medische gegevens door te sturen naar mijn/onze nieuwe huisarts.  
Dit doen wij bij voorkeur digitaal!

<b>Gezinsgegevens</b>	
Familienaam	
Adres	
Postcode, woonplaats	
Nieuw adres	
Postcode, woonplaats	
Nieuw telefoonnummer	

<b>Nieuwe huisarts</b>	
Naam	
Adres/postcode	
Telefoonnummer	

<b>Gegevens per uit te schrijven gezinslid</b>	<b>Gezinslid 1</b>	<b>Gezinslid 2</b>	<b>Gezinslid 3</b>	<b>Gezinslid 4</b>
Achternaam				
Voorletters				
Voornaam				
Geslacht				
Geboortedatum				
BSN nummer				

Handtekening: \_\_\_\_\_

..... ADM MCL .....

Uitschrijfdatum: \_\_\_\_\_

**Praktijk** LT BR SL

<b>To do</b>	<b>✓</b>	<b>Paraaf en datum</b>
Archief arts scannen.		
Dossier versturen via VECOZO		
In Postvak van de huisarts leggen.		
Melden in agenda bij POH, bij deelname KIS		

<sup>2</sup> Omcirkel wat van toepassing is!