

Naam vorige huisarts:
Adres:
Postcode + 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

Achternaam patiënt:
Voornaam patiënt:
Adres:
Postcode en woonplaats:
Geboortedatum:
BSN:
Telefoonnummer:
Mobielfnummer:
E-mailadres:
Zorgverzekeraar:
Verzekeringsnummer/Relatienummer:
Apotheek in Weert:

Toestemming inzage medisch dossier door Spoedpost: JA / NEE

Stuur een kopie van uw ID mee.

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

Plaats: Datum: __ - __ - ____

Handtekening: