**Overdracht medisch dossier naar nieuwe huisarts**

**Ik geef aan GZA toestemming mijn medisch dossier over te dragen naar mijn nieuwe huisarts.**

|  |
| --- |
| Voor- en achternaam: |
| Geboortedatum: |
| Adres: |
| Postcode en woonplaats: |
| E-mailadres: |
| Telefoonnummer: |

**Gegevens nieuwe huisarts:**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: | Stempel en/of paraaf |
| Adres: |  |
| Postcode en woonplaats: |  |
| E-mailadres: |  |
| Zorgmailadres: |  |
| Telefoonnummer: |  |

**Tevens wil ik GZA verzoeken de medische dossiers van mijn hieronder genoemde kind(eren) over te dragen:**

*Kinderen van 12 jaar en ouder dienen een eigen formulier in te vullen en te ondertekenen.*

|  |  |
| --- | --- |
| Naam kind: | Geboortedatum: |
| Naam kind: | Geboortedatum: |
| Naam kind: | Geboortedatum: |
| Naam kind: | Geboortedatum: |

Handtekening:

Plaats:

Datum:

U kunt dit formulier naar de Praktijklijn sturen, het 24/7 medisch contactcentrum van GZA. Dit kan via beveiligde mail naar [praktijklijn@gzasielzoekers.nl](mailto:praktijklijn@gzasielzoekers.nl) of per post naar Praktijklijn, Herculesplein 201A, 3584 AA Utrecht.

Wij versturen enkel dossiers naar nieuwe huisartsen, advocaten of de patiënt zelf. Neem in alle andere gevallen contact met ons op via [praktijklijn@gzasielzoekers.nl](mailto:praktijklijn@gzasielzoekers.nl).