

R.E. Filius, *huisarts*
Griffeweg 1-3
9724 GE Groningen
Tel: 050-3128739
Fax: 050-3145675

Ondergetekende*

Naam en voorl:..... **Man/Vrouw**
Roepnaam:.....
Geboortedatum:.....

Adres:.....
Postcode/woonplaats:.....
Telefoonnummer:..... **Mobiel:**
Emailadres:.....
Beroep/opleiding:.....
Burgerlijke staat:.....

Bsn nummer:.....
Zorgverzekeraar:.....
Zorgpasnummer:.....
Uzovicode Zorgverzekeraar:.....
Apotheek:.....

Vorige huisarts (+ woonplaats):

Is per (datum) tot wederopzegging ingeschreven bij
R.E. Filius huisarts, Griffeweg 1-3, 9724 GE Groningen.

Ondergetekende geeft R.E. Filius toestemming een kopie van dit formulier naar zijn/
haar vorige huisarts te sturen, opdat deze hem/haar, indien nog niet uitgeschreven, op
de bovengenoemde datum kan uitschrijven uit zijn patiëntenbestand.

Ondergetekende verzoekt hierbij de medische gegevens te sturen naar R.E. Filius.

Handtekening:
.....

* Indien ondergetekende tekent voor meerdere personen op het zelfde adres dan
worden deze in onderstaand schema vermeld.

Naam	Geboortedatum	Bsn nummer	Zorgverzekeraar / Uzovicode	polisnummer

Ter informatie voor de praktijk:
Hoe heeft u de praktijk gevonden, via:
 internet telefoonboek via anderen anders, nl.: