

**Verhuizing binnen/buiten praktijk**

Datum: .....

**SÛNHÛS**GEZONDHEIDSCENTRUM  
MAKKUM**Persoonsgegevens**

Naam	
Achternaam	
Meisjesnaam	
Geboortedatum	
Adres	
Postcode/woonplaats	
Datum verhuizing	

**Tevens verhuizen mee:**

Naam	Geboortedatum

Bij verhuizing buiten de praktijk

**Gegevens nieuwe huisarts:**

Naam:	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoonnummer:	
Fax nummer:	

**Gegevens nieuwe apotheek (indien het geen apotheekhoudende huisarts betreft):**

Naam:	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoonnummer:	
Fax nummer:	

Ik geef toestemming het dossier op te sturen naar mijn nieuwe huisarts en apotheek: ja/nee

Handtekening: voor een zorgvuldige wijziging of uitschrijving en overdracht hebben wij uw handtekening nodig. Graag een handtekening van alle personen van 12 jaar en ouder.

Naam &amp; handtekening:

Naam &amp; handtekening:

Naam &amp; handtekening:

Naam &amp; handtekening:

Naam &amp; handtekening:

Naam &amp; handtekening: