



Naam patiënt: _____

Geboortedatum: _____

WIJZIGING HUISARTS

Graag wil ik de wijziging van mijn huisarts doorgeven.

Ik vraag hierbij aan az Sint-Blasius om het nodige te doen zodat mijn nieuwe huisarts de verslagen verzonden naar mijn vorige huisarts ook ontvangt.

Vorige huisarts:

Naam: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Nieuwe huisarts:

Naam: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Datum: _____

Handtekening patiënt:

*Graag dit document faxen naar 052 252690
of een ingescande versie per e-mail verzenden naar medischsecretariaat@azsintblasius.be.*

*Vragen? Neem contact op met Katrien Boodts, diensthoofd medisch-logistieke diensten
052 252819 of katrien.boodts@azsintblasius.be*