



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 mailen naar medischsecretariaat@azsintblasius.be.

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

V2 – 2025 08 07

O.L.Vrouw van Troost vzw

Campus Dendermonde | Kroonveldlaan 50, 9200 Dendermonde | T. 052 25 20 11 | F. 052 25 24 10

Campus Zele | Koevliet 5-6, 9240 Zele | T. 052 45 64 00 | F. 052 45 64 99

info@azsintblasius.be | www.azsintblasius.be