

3 – AANVRAAG KOPIE MEDISCHE BEELDVORMING



Radiologie / Nucleaire Geneeskunde

Derden (niet ziekenhuizen/klinieken): Machtiging + Incasso

Gegevens	
Datum aanvraag:	azM-Patiëntnummer (indien bekend):
Naam: M*/V*	Voorletters:
<small>*Doorhalen wat niet van toepassing is.</small>	
Adres:	Postcode:
Woonplaats:	Telefoonnummer:
Geboortedatum:	Handtekening:
<i>Verzoekt middels deze aanvraag een kopie van zijn/haar medische beeldvorming te versturen naar:</i>	
CD/DVD verzenden naar:	
<small>Naam / Adres / Postcode + Woonplaats</small>	

Aanvraag betreft de onderzoeken van	
Datum/periode:	Lichaamsdeel:

Eenmalige machtiging Ondergetekende verleent hierbij machtiging aan academisch ziekenhuis Maastricht (postbus 5800, 6202 AZ Maastricht) tot een eenmalige afschrijving van zijn/haar bankrekeningnummer voor een bedrag van EUR 10 wegens het aanvragen van een kopie medische beeldvorming (radiologie/nucleaire geneeskunde) op CD/DVD.	
Naam:	Woonplaats:
IBAN (rekeningnummer):	
Datum/plaats:	Handtekening:

Volledig ingevuld formulier + kopie identiteitsbewijs (patiënt) versturen naar:

azM – afdeling Radiologie, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht

In te vullen door medewerker Beeldvorming	
Controle legitimatie:	
Paspoort / ID-kaart / Rijbewijs*	Nr. :
<small>*Doorhalen wat niet van toepassing is.</small>	
Naam + paraaf medewerker:	
Formulier scannen bij registratie in RIS!	