

AANVRAAG KOPIE MEDISCHE BEELDVORMING

Radiologie / Nucleaire Geneeskunde



Aanvragen kopie

In verband met privacy wetgeving hanteren wij de volgende procedure bij het aanvragen van een kopie:

Balie radiologie (nivo 3, wachtruimte 2)

- Invullen aanvraagformulier.
- Identiteitsbewijs i.v.m. legitimatie.
- Betaling middels PIN (contante betaling is uit veiligheidsoverweging helaas niet mogelijk).
- De CD/DVD wordt direct gemaakt en kan na 15-20 minuten worden meegenomen.

Schriftelijk / Post

- Volledig ingevuld aanvraagformulier.
- Kopie identiteitsbewijs.
- Betaling middels eenmalige machtiging (automatische incasso).
- De CD/DVD wordt opgestuurd naar de huisarts, alwaar u deze kunt afhalen.

U kunt het aanvraagformulier (inclusief de eenmalige machtiging) telefonisch opvragen via 043 – 3877500 of downloaden op de website www.mumc.nl.

Kosten

Een CD/DVD met een kopie van de beelden voor eigen gebruik kost € 10. Deze kosten kunnen worden voldaan middels PIN bij het ophalen van de CD/DVD, of bij uitzondering via een automatische machtiging.

Legitimatie

Uit privacy overwegingen kan alleen de patiënt zelf (of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger) een kopie van de onderzoeken aanvragen. Hiervoor vragen wij u zich te legitimeren middels een geldig identiteitsbewijs; te weten paspoort, identiteitskaart of rijbewijs.

Indien u geen legitimatie kunt tonen, kunnen wij u uit privacy overwegingen de CD/DVD niet meegeven of opsturen. Indien u schriftelijk een kopie opvraagt, wordt de CD/DVD i.v.m. de juiste patiëntidentificatie opgestuurd naar de huisarts (alwaar u deze kunt afhalen).

Vragen?

Heeft u nog vragen, dan kunt u ons als volgt bereiken:

Telefoonnummer: 043 -3877500 (maandag t/m vrijdag 8.00 – 17.00 uur).

Z.O.Z.

2 – AANVRAAG KOPIE MEDISCHE BEELDVORMING

Radiologie / Nucleaire Geneeskunde

Voor eigen gebruik + Incasso

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

Aanvraag betreft de onderzoeken van	
Datum/periode:	Lichaamsdeel:

Enmalige 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 versturen naar:

azM – afdeling Radiologie, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht

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