



## Opvragen medische gegevens

### Patiëntgegevens

Naam: .....  
Adres: .....  
Geboortedatum: .....  
BSN: .....

### Bovengenoemde patiënt geeft akkoord dat onderstaande gegevens:

- Beelden diagnostisch onderzoek (datum en type onderzoek)
- MRI .....
  - Echo .....
  - Röntgen .....
- Verslaglegging diagnostisch onderzoek (datum en type onderzoek)
- MRI .....
  - Echo .....
  - Röntgen .....
- Anders, namelijk .....

### worden verstuurd naar:

Instelling: .....  
Specialist/afdeling: .....  
Adres: .....  
Email: .....  
Fax: .....

### Akkoord patiënt

Handtekening: .....  
Datum: .....

---

### Dit formulier kunt u retour sturen naar:

MRI Centrum  
Nijenburg 150  
1081 GG Amsterdam  
Email: [info@mracentrum.nl](mailto:info@mracentrum.nl)  
Fax: 088 088 88 99

*Indien het formulier niet volledig is ingevuld kunnen wij uw verzoek helaas niet in behandeling nemen.*