

## Aanvraagformulier kopie medische beeldvorming

### Aanvrager is:

- Patiënt zelf
- Mentor of curator (bewijs meesturen)
- Gezaghebbende minderjarige patiënt
- Persoonlijk door de patiënt gemachtigde \* (Machtiging beneden invullen)
- Minderjarige tussen 12-16 jaar\* (Machtiging beneden invullen)
- Anders, (bv. nabestaande) namelijk.....

### Gegevens patiënt

Patiëntnummer .....  
Naam en voorletters ..... M/V\*  
Geboortedatum .....  
Adres .....  
Postcode/woonplaats .....  
Telefoonnummer .....  
E-mail .....

### Gegevens aanvrager (niet de patiënt zelf)

Als de aanvrager een andere persoon is dan de patiënt (dit is uitsluitend toegestaan bij kinderen jonger dan 12 jaar of een familielid van een overleden patiënt):

Naam aanvrager ..... M/V\*  
Adres aanvrager .....  
Postcode/woonplaats .....  
Telefoonnummer .....  
Relatie tot de patiënt .....

**Medische beelden die gemaakt zijn bij de afdeling medische Beeldvorming/ Radiologie of bij de afdeling Nucleaire Geneeskunde**

### Betreft:

- DX .....
- MRI .....
- CT scan .....
- Echografie .....
- Anders .....

### Over welke periode?

Van.....tot.....

**Voor aanvragen i.v.m. overstap naar een ander ziekenhuis, richt uw verzoek rechtstreeks tot uw behandelaar!**

## Hoe wilt u uw informatie ontvangen?

- De gegevens worden u per secure mail doorgestuurd. U krijgt een bericht van [www.zorgbericht.nl](http://www.zorgbericht.nl)
- Indien u geen emailadres of 06 nummer heeft worden de gegevens op CD rom gebrand en per aangetekende post naar u toegestuurd

De patiënt/aanvrager verklaart door ondertekening op de hoogte te zijn van de inhoud van de brochure 'uw medisch dossier', alsmede akkoord te gaan met eventuele kosten (conform AVG wet- /regelgeving) zie <https://www.mumc.nl/patient-bezoeker/praktisch/rechten-en-plichten/inzage-uw-medisch-dossier>

## Ondertekening

Plaats ..... Datum .....

Handtekening aanvrager

.....

## Machtiging

De patiënt (naam en voorletter) .....

Geeft toestemming om aan (naam) .....

Handtekening patiënt

Handtekening gemachtigde

.....

.....

## Stuur het aanvraagformulier samen met een kopie van uw legitimatiebewijs op naar:

Maastricht UMC+

Medisch dossier, KIO

Antwoordnummer 126

6200 WC Maastricht

E-mail: [medischdossier.patiëntenzorg@mumc.nl](mailto:medischdossier.patiëntenzorg@mumc.nl)

- Stuur een kopie van een legitimatiebewijs mee ( Na verificatie wordt deze vernietigd)
- Bij een aanvraag van medische gegevens van kinderen tussen de 12 en 16 jaar dienen zowel het kind als de ouder/voogd het aanvraagformulier te ondertekenen. Tevens van beiden (kind en ouder/voogd) een kopie van een geldig legitimatiebewijs toevoegen.

Uitgave april 2023

Bezoekadres  
P. Debyelaan 25  
6229 HX Maastricht

Postadres  
Postbus 5800  
6202 AZ Maastricht

Algemeen telefoonnummer  
043-387 65 43  
[www.mumc.nl](http://www.mumc.nl)