



Aanvraagformulier CD met röntgenonderzoeken met uitslag voor behandeling elders of second opinion

Gegevens patiënt

Patiëntnummer: _____

Voorletters en naam patiënt: _____

Adres patiënt: _____

Postcode en woonplaats patiënt: _____

Geboortedatum patiënt: _____

BSN-nummer patiënt: _____

Datum en soort onderzoek: _____

Opsturen naar

De CD wordt opgestuurd naar de behandelend specialist

Naam specialist en specialisme: _____

Naam ziekenhuis: _____

Adres ziekenhuis: _____

Postcode en plaats ziekenhuis: _____

Datum aanvraag: _____

Handtekening: _____

Stuur dit formulier (gefrankeerd) naar: Maasstad Ziekenhuis, t.a.v. afdeling

Radiologie, Postbus 9100, 3007 AC Rotterdam