

## Opvragen medische gegevens

### Patiëntgegevens

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

### Bovengenoemde patiënt geeft akkoord dat onderstaande gegevens:

- Beelden diagnostisch onderzoek (datum en type onderzoek)
  - Mammografie .....
  - MRI .....
  - Echo .....
- Verslaglegging diagnostisch onderzoek (datum en type onderzoek)
  - Mammografie .....
  - MRI .....
  - Echo .....
- PA uitslagen

### worden verstuurd naar:

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

### Akkoord patiënt

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

---

### Dit formulier kunt u retour sturen naar:

Borstzorgklinieken  
Nijenburg 150  
1081 GG Amsterdam  
Email: [info@borstzorgklinieken.nl](mailto:info@borstzorgklinieken.nl)

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