

Toestemmingsformulier (her)beoordeling radiologie door het LECK

Onderstaande personen geven toestemming voor het laten (her)beoordelen van radiologische beelden (röntgenfoto's, echobeelden, CT, MRI etc.) met betrekking tot genoemd kind door één van de kinderradiologen van het LECK.

Gegevens kind

Achternaam: _____ M/V

Voornaam: _____

Geboortedatum: __ - __ - ____

Adres: _____

BSN-nummer: _____

De volgende beelden zullen worden (her)beoordeeld

- _____ gemaakt op __ - __ - ____
- _____ gemaakt op __ - __ - ____
- _____ gemaakt op __ - __ - ____
- _____ gemaakt op __ - __ - ____
- _____ gemaakt op __ - __ - ____
- _____ gemaakt op __ - __ - ____

Ondertekening gezagdragende personen*

Ondertekend te [plaats] _____ op [datum] _____

Naam _____ Handtekening _____

Ondertekend te [plaats] _____ op [datum] _____

Naam _____ Handtekening _____

Ondertekening kind*

Ondertekend te [plaats] _____ op [datum] _____

Naam _____ Handtekening _____

* Dit formulier moet door alle gezagdragende personen worden ondertekend. Is uw kind 12 jaar of ouder dan moet ook uw kind dit formulier ondertekenen. Is uw kind 16 jaar of ouder dan hebben wij alleen toestemming nodig van uw kind.

