



Patiëntenvignet

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum: / /

Medische Beeldvorming

Radiologie Tel. 058 333 040

MB.secretariaat@azwest.be

Dr. P. Hoste – diensthoofd

Dr. G. Biebaû

Dr. Y. Lamoral

Dr. D. Smolders

Dr. C. Standaert

Dr. N. Watté

Onderwerp: INFORMED CONSENT SUPPLEMENTEN CT / MRI

Ondergetekende (naam, voornaam)

Ik verklaar hierbij geïnformeerd te zijn over dit onderzoek

- Ik kreeg voldoende informatie over het aanrekenen van supplementen i.k.v. onderzoek MRI/CT*
- Het onderzoek gaat door op mijn vraag buiten de gewone werkuren: tussen 18u en 8u of op zaterdag, zondag en feestdagen.

Handtekening voor akkoord
(Patiënt of wettelijke vertegenwoordiger)

Opgemaakt in duplicaat te:

Veurne/...../..... (datum)