

**Jeroen Bosch ziekenhuis**

Afdeling Beeldvormende Technieken (Radiologie & Nucleaire Geneeskunde)  
Postbus 90153  
5200 ME 's-Hertogenbosch

Plaats: 's-Hertogenbosch  
Datum: .....

Ondergetekende geeft toestemming voor het meegeven van een DVD met zijn/haar medische gegevens en beelden.

Naam: .....  
Adres: .....  
Woonplaats: .....  
Geboorte datum: .....  
BSN nr: .....

**De DVD wordt meegegeven aan:**

Naam: .....  
Adres: .....  
Woonplaats: .....  
Relatie tot patiënt: .....

**Tevens is een kopie van beide identiteitsbewijzen noodzakelijk  
(deze worden vernietigd na verificatie)**

**Datum:** .....

**Handtekening patiënt:** .....

**Handtekening vertegenwoordiger:** .....

Verificatie medewerker JBZ: .....  
Datum: .....