

Vrije raadpleging: maandag t/m vrijdag van 9u tot 12u en 14u tot 17u30
 Steeds na afspraak: mammografie - DEXA - CT - NMR - gastro-enterologische en urogenitale Rx onderzoeken - puncties en interventies
 Echografie: een afspraak is mogelijk

RELEVANTE KLINISCHE INLICHTINGEN (verplicht!)	DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING (verplicht!)

VOORGESTELD(E) ONDERZOEK(EN) (verplicht!)	
RX	ECHOGRAFIE
CT-SCAN	NMR

Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling (verplicht!)	
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> NMR
<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> Echografie
<input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/> Onbekend
Relevante bijkomende inlichtingen/risicofactoren (verplicht!)	
<input type="checkbox"/> Contrastallergie	<input type="checkbox"/> Implantaat/pacemaker (NMR!!!)
<input type="checkbox"/> Allergie/atopie	<input type="checkbox"/> Zwangerschap
<input type="checkbox"/> Nierlijden: GFR..... Crea	<input type="checkbox"/> Metformine
<input type="checkbox"/> Infectie: TBC - MRSA - HIV - Hep....	<input type="checkbox"/> Ander

Een apart aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist. Alle verplichte rubrieken moeten correct ingevuld zijn.
 Onvolledig ingevulde formulieren mogen niet in behandeling genomen worden waardoor de normale afwerking van het aangevraagde onderzoek vertraging zal oplopen. Dit aanvraagformulier komt pas voor terugbetaling door het RIZIV in aanmerking indien alle verplichte rubrieken correct ingevuld zijn door de aanvragende geneesheer. Cf. RIZIV bepalingen K.B. 19.12.2012 B.S. 24.1.2013 per 1.3.2013.

Aanvragende geneesheer (verplicht!) Stempel met naam, voornaam, adres en RIZIV nummer Handtekening: Datum: / /	Patiëntgegevens (verplicht!) (zelfklever) Naam: Voorna(a)m(en): Geboortedatum: Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
--	--

NMR-SCREENINGSFORMULIER

Het NMR-systeem heeft een sterk magnetisch veld dat problemen kan opleveren voor personen met elektronische of mechanische implantaten. Voordat U de NMR ruimte betreedt dient U **ALLE** metalen voorwerpen te verwijderen met inbegrip van hoorapparaten, tandprothesen, piercings, kledij met metaaldraden of metalen bevestigingen, en haarspelden.

Gelieve dit document in te vullen voor de aanvang van het onderzoek:

- Heeft U reeds een operatie of kijkoperatie gehad? Ja Nee
 Zo ja, welke :
- Bent U allergisch aan bepaalde stoffen of bestanddelen? Ja Nee
 Zo ja, welke :
- Heeft U een nieraandoening of bloedziekte aandoening? Ja Nee
 Zo ja, welke :
- Heeft U ooit een hersen-, oog-, oor- of hartoperatie ondergaan? Ja Nee
 Zo ja, welke :

Gelieve aan te kruisen of U iets van het volgende heeft:

- Aneurysmaclip, geopereerd aneurysma in de schedel Ja Nee
 Hart : pacemaker(draden) of defibrillator Ja Nee
 Kunstkleppen in het hart Ja Nee
 Neurostimulatie-systeem Ja Nee
 Cochleair implantaat (geïmplanteerd hoorapparaat) Ja Nee
 Geïmplanteerde insuline- of andere infusiepomp Ja Nee
 Prothesen (borst, heup, oog, penis, ...) Ja Nee
 Metallische stent, coil of port-a-cath Ja Nee
 Tatoeage of permanente make-up Ja Nee
 Heeft U claustrofobie? Ja Nee
 Kan U metaalfragmenten bevatten? Ja Nee
 Orthopedisch materiaal Ja Nee

Enkel voor vrouwelijke patiënten:

- Kan U zwanger zijn? Ja Nee
 Geeft U borstvoeding? Ja Nee

**Ik verklaar de hoger vermelde informatie zo correct mogelijk te hebben ingevuld.
 Ik heb het formulier gelezen en begrijp de inhoud ervan.**

Naam : **Voornaam :** **Lengte :** **cm**

Gewicht : **kg**

Handtekening : **Datum :** / /