

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)

CT NMR RX Echografie Andere..... Onbekend

Indien blanco ingevuld in dit vak, wordt dit beschouwd als "Geen vorige relevante onderzoeken"

Relevante bijkomende inlichtingen/risicofactoren (verplicht!)

Contrastallergie Implantaat/pacemaker (NMR!!!) Nierlijden: GFR..... Crea..... DNR
 Allergie/atopie Zwangerschap Infectie: TBC - MRSA - HIV - Hep Ander.....

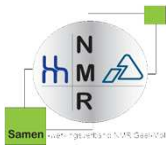
Indien blanco ingevuld in dit vak, wordt dit beschouwd als "Geen relevante bijkomende inlichtingen"

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

Onderzoek: aan bed zaal/OK/IZ/spoed **Vervoer:** bed brancard rolstoel oplopend kan niet rechtstaan

Aanvragende geneesheer (verplicht!)	Patiëntgegevens (verplicht!)
Stempel met naam, voornaam, adres en RIZIV nummer	(zelfklever)
Handtekening:	Naam:
Datum:/...../.....	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 elektrolische 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:**

Gewicht:kg

Handtekening:

Datum:/...../.....