

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.....

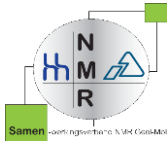
**Indien blanco ingevuld in dit vak, wordt dit beschouwd als "Geen relevante bijkomende inlichtingen"**

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

*Sinds 1 juli 2003 zijn door de overheid de terugbetalingstarieven van de NMR-onderzoeken gewijzigd. Tengevolge hiervan werd de persoonlijke bijdrage (supplement) voor de patiënt verhoogd. Het bedrag van deze supplementen is geafficheerd in de wachtzaal.*

*!! Deze regeling geldt niet voor onderzoeken gepland tijdens kantooruren, zijnde van maandag tem vrijdag tussen 8u en 18u.*

**Handtekening:** .....

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