

Dr. De Bie, Dr. Vandeurzen, Dr. Cuykx, Dr. Caerts, Dr. Van de gaer, Dr. Verhaegen, Dr. Devriendt, Dr. Eerens, Dr. Van der Goten, Dr. Mol, Dr. Van Grimberge, Dr. Mollet, Dr. Dewachter en Dr. Van Damme

Alle rubrieken dienen correct te worden ingevuld door de aanvragende geneesheer (conform KB 19/12/2012). Eén aanvraag per klinische vraagstelling is vereist.

Naam - Voornaam:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	<input type="checkbox"/> Vrouwelijk
	<input type="checkbox"/> Mannelijk
Straat:	
Postnummer:	Gemeente:

Radiologische inlichtingen en vraagstelling:

Uitslag bezorgen:

- Aan patiënt
- Via elektronische weg

Doorverwijzing van patiënt:

- in geen geval
- bij klein botletsel zonder verplaatsing niet verder verwijzen
- bij fractuur naar geneesheer naar keuze of Dr.
- in elk geval naar geneesheer naar keuze of Dr.

Risicofactoren voor toediening contraststof + relevante bijkomende inlichtingen:

<input type="checkbox"/> Allergie voor contraststof	<input type="checkbox"/> Diabetes met micro-angiopathie
<input type="checkbox"/> CVA of hartinfarct < 6 mnd oud	<input type="checkbox"/> Multiple myeloom (Kahler)
<input type="checkbox"/> Ernstige hartinsufficiëntie	<input type="checkbox"/> Mogelijke zwangerschap
<input type="checkbox"/> Nierinsufficiëntie eGFR (klaring) < 45ml/min	

SKELET

<input type="checkbox"/> RX Schedel	
<input type="checkbox"/> RX Sinussen	
<input type="checkbox"/> RX Os nasale	
<input type="checkbox"/> RX Cervicale wervelzuil	
<input type="checkbox"/> RX Thoracale wervelzuil	
<input type="checkbox"/> RX Lumbale wervelzuil	
<input type="checkbox"/> RX Bekken	
<input type="checkbox"/> RX Sacrum	
<input type="checkbox"/> RX Full Spine	
<input type="checkbox"/> RX Full Leg	
<input type="checkbox"/> RX Lengtemeting	
<input type="checkbox"/> Onderste ledematen	
<input type="checkbox"/> RX Axiaal skelet	
<input type="checkbox"/> RX Sternum	
<input type="checkbox"/> RX Ribben	R L
<input type="checkbox"/> RX Clavicula	R L
<input type="checkbox"/> RX Scapula	R L
<input type="checkbox"/> RX Schouder	R L
<input type="checkbox"/> RX Humerus	R L
<input type="checkbox"/> RX Elleboog	R L
<input type="checkbox"/> RX Voorarm	R L
<input type="checkbox"/> RX Pols	R L
<input type="checkbox"/> RX Hand	R L
<input type="checkbox"/> RX Vinger	R L
<input type="checkbox"/> RX Heup	R L
<input type="checkbox"/> RX Femur	R L
<input type="checkbox"/> RX Knie	R L
<input type="checkbox"/> RX Onderbeen	R L
<input type="checkbox"/> RX Enkel	R L
<input type="checkbox"/> RX Voet	R L
<input type="checkbox"/> RX Teen	R L

THORAX

<input type="checkbox"/> RX Thorax F/P
<input type="checkbox"/> RX Hals weke delen

GASTROENTEROLOGIE

<input type="checkbox"/> RX Abdomen staand/liggend
<input type="checkbox"/> RX Slikfunctie
<input type="checkbox"/> RX Slokdarm
<input type="checkbox"/> RX Slokdarm-maag-duodenum*
<input type="checkbox"/> RX Dundarmtransit*
<input type="checkbox"/> RX Colon*

UROLOGIE

<input type="checkbox"/> RX Abdomen liggend
<input type="checkbox"/> RX IV urografie*
<input type="checkbox"/> RX Mictie (cystografie)

Arthrografie:

ANDERE ONDERZOEKEN:

.....

.....

.....

Vorbereiding patiënt:

- * = nuchter voor onderzoek, 4 uren niet eten en drinken voor aanvang onderzoek
- Volle blaas voor echografie bekken

GYNAECOLOGIE

<input type="checkbox"/> RX Mammografie
<input type="checkbox"/> Echografie borsten

ECHOGRAFIE

<input type="checkbox"/> Schedel
<input type="checkbox"/> Hals-schildklier
<input type="checkbox"/> Borsten
<input type="checkbox"/> Abdomen*
<input type="checkbox"/> Lever-galblaas-galwegen*
<input type="checkbox"/> Nieren-blaas
<input type="checkbox"/> Klein bekken (volle blaas)
<input type="checkbox"/> Scrotum
<input type="checkbox"/> Prostaat Transrectaal

Lidmaat-gewricht

Aanvragende arts:

Adres:

Stempel + +rizivnr.

Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> NMR	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> Echografie	<input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/> Onbekend
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

Opmerking: