

afspraak op om uur

AANVRAAGFORMULIER ONDERZOEK MEDISCHE BEELDVORMING

Een aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist.

IDENTIFICATIE VAN DE PATIËNT:

KLEVER RX

PATIËNTENKLEVER / STROOKJE VI
Naam:
Voorna(a)m(en):
Geboortedatum:
Geslacht: <input type="checkbox"/> man / <input type="checkbox"/> vrouw

Voorgesteld(e) onderzoek(en): (verplicht invullen)	Diagnostische vraagstelling: (verplicht invullen)
Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling: (verplicht invullen) <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 klinische inlichting(en): (verplicht invullen)
Verplichte informatie aanvragende arts bij contrastonderzoeken	Verplichte vragenlijst patiënt en/of aanvragende arts bij contrastonderzoeken
Duid aan indien van toepassing: <input type="checkbox"/> Nierfunctie: (e)GFR > 60 <input type="checkbox"/> Nierfunctie: (e)GFR < 60 <input type="checkbox"/> Allergie Indien aanvraag voor drainage, punctie, angio of biopsie: controle stollingsparameters vóór het onderzoek.	Duid aan indien van toepassing: <input type="checkbox"/> Reeds soortgelijk onderzoek met contrast ondergaan? <input type="checkbox"/> Ooit al allergische reactie gehad op contraststof? <input type="checkbox"/> Lijd je aan allergieën en/of neemt u hiervoor medicatie? <input type="checkbox"/> Heb je astma? <input type="checkbox"/> Lijd je aan de ziekte van Kahler? <input type="checkbox"/> Heb je diabetes? Zo ja, neem je pilletjes hiervoor? <input type="checkbox"/> Heb je een schildklierprobleem? <input type="checkbox"/> Heb je ernstig hartlijden? <input type="checkbox"/> Werken je nieren minder goed? <input type="checkbox"/> Ben je mogelijk zwanger of geef je borstvoeding? <input type="checkbox"/> Andere relevante bijkomende inlichtingen:
Belangrijke opmerkingen	Indien je NMR ondergaat, keerzijde ook invullen!
Duid aan indien van toepassing: <input type="checkbox"/> Besmettingsgevaar: <input type="checkbox"/> Isolatie patiënt: <input type="checkbox"/> Vervoer patiënt: <input type="checkbox"/> te voet <input type="checkbox"/> rolstoel <input type="checkbox"/> bed <input type="checkbox"/> Radiologische opname aan bed <input type="checkbox"/> Mogelijke zwangerschap <input type="checkbox"/> Niets per os toedienen	
Handtekening aanvrager: (stempel met naam, voornaam, adres, RIZIVnr)	Handtekening patiënt:
Datum:	Datum:

Dit aanvraagformulier komt pas voor terugbetaling door RIZIV in aanmerking als alle rubrieken correct ingevuld zijn door de aanvragende arts, cfr. ZIV-wet artikel 22. Indien dat niet het geval is, kan de normale afwerking van het aangevraagde onderzoek vertraging oplopen. Indien belet, gelieve dan de afspraak minstens 48 uur op voorhand te annuleren op bovenstaande nummers, zo niet wordt er een administratieve boete aangerekend.

Je komt dadelijk in een sterk magnetisch veld. Dat is volkomen veilig op voorwaarde dat je onderstaande vragen volledig invult en alle metalen of magnetische voorwerpen (uurwerk, GSM, bankkaarten, sleutels, portefeuille, BH, ...) in de kleedkamer laat.

NMR - vragenlijst

► Wat is je:

► **LENGTE:** cm

► **GEWICHT:** kg

► Heb je:

- | | | | |
|---|--|-----------------------------|------------------------------|
| ► een pacemaker? | } kaartje met serienummer + type kunnen voorleggen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ► een defibrillator? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ► een hartkunstklep? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ► een middenoorimplantaat (cochleair implantaat)? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ► een hoorapparaat? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ► een neurostimulator, pijnpomp of insulinepomp? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ► een diabetes sensor (FreeStyle Libre 14 day) | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ► een tatoeage, vaste make-up, piercing? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ► een aneurysmaclip of ingreep op bloedvat in hersenen ondergaan? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ► orthopedisch materiaal (prothese, schroeven,...) of implantaat? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ► een metalen voorwerp in oog (of ben je metaalwerker)? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ► een verwijderbare tandprothese of andere protheses? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ► claustrofobie? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ► een oncologische voorgeschiedenis? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

► Indien je een rug, nek of knie MR ondergaat:

- Heb je reeds een operatie ondergaan in de onderzochte regio? Ja Nee
- Indien ja: wanneer:
- Indien je pijn hebt: Links Rechts
- Heb je recent een ongeval of sporttrauma gehad? Ja Nee

► Voor vrouwelijke patiënten:

- Ben je (mogelijk) zwanger? Ja Nee
- Geef je borstvoeding? Ja Nee

► Indien je een borst of MAMMO MR ondergaat:

- Heb je reeds een borstoperatie ondergaan? Ja Nee
- Indien ja: Links Rechts
- Neem je hormonale medicatie? Ja Nee
- Datum laatste regels / maandstonden:

Dit onderzoek is belangrijk voor het bepalen van de volgende stappen in uw zorg. Tijdens de reguliere werkuren (8u-18u; ma-vr) kunnen wij dit onderzoek aan standaardtarief uitvoeren, waarbij het persoonlijk aandeel gelijk is aan het remgeld. Buiten deze werkuren en tijdens het weekend is het persoonlijk aandeel hoger (45 euro).

Naam:

Handtekening:

Datum: / /