

## AANVRAAGFORMULIER ONDERZOEK MEDISCHE BEELDVORMING (FB 1337 - 3.0)

Een aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist.

### IDENTIFICATIE VAN DE PATIËNT:

KLEVER RX

PATIËNTENKLEVER / STROOKJE VI

Naam:

Voorna(a)m(en):

Geboortedatum:

Geslacht:  man /  vrouw

<p><b>Voorgesteld(e) onderzoek(en): (verplicht invullen)</b></p>	<p><b>Diagnostische vraagstelling: (verplicht invullen)</b></p>
<p>Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling: <b>(verplicht invullen)</b></p> <p><input type="checkbox"/> CT    <input type="checkbox"/> NMR    <input type="checkbox"/> RX    <input type="checkbox"/> Echografie</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Onbekend</p>	<p><b>Relevante klinische inlichting(en): (verplicht invullen)</b></p>
<p><b>Verplichte informatie aanvragende arts bij contrastonderzoeken</b></p> <p>Duid aan indien van toepassing:</p> <p><input type="checkbox"/> Nierfunctie: (e)GFR &gt; 60</p> <p><input type="checkbox"/> Nierfunctie: (e)GFR &lt; 60</p> <p><input type="checkbox"/> Allergie</p> <p>Indien aanvraag voor drainage, punctie, angio of biopsie: controle stollingsparameters vóór het onderzoek.</p>	<p><b>Verplichte vragenlijst patiënt en/of aanvragende arts bij contrastonderzoeken</b></p> <p>Duid aan indien van toepassing:</p> <p><input type="checkbox"/> Reeds soortgelijk onderzoek met contrast ondergaan?</p> <p><input type="checkbox"/> Al ooit allergische reactie gehad op contraststof?</p> <p><input type="checkbox"/> Lijdt u aan allergieën en/of neemt u hiervoor medicatie?</p> <p><input type="checkbox"/> Heeft u astma?</p> <p><input type="checkbox"/> Lijdt u aan de ziekte van Kahler?</p> <p><input type="checkbox"/> Heeft u diabetes? Zo ja, neemt u pilletjes hiervoor?</p> <p><input type="checkbox"/> Heeft u een schildklierprobleem?</p> <p><input type="checkbox"/> Heeft u ernstig hartlijden?</p> <p><input type="checkbox"/> Werken uw nieren minder goed?</p> <p><input type="checkbox"/> Bent u mogelijk zwanger of geeft u borstvoeding?</p> <p><input type="checkbox"/> Andere relevante bijkomende inlichtingen: .....</p> <p><b>Indien u NMR ondergaat, keerzijde ook invullen!</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Belangrijke opmerkingen</b></p> <p>Duid aan indien van toepassing:</p> <p><input type="checkbox"/> Besmettingsgevaar:</p> <p><input type="checkbox"/> Isolatie patiënt:</p> <p><input type="checkbox"/> Vervoer patiënt: <input type="checkbox"/> te voet    <input type="checkbox"/> rolstoel    <input type="checkbox"/> bed</p> <p><input type="checkbox"/> Radiologische opname aan bed</p> <p><input type="checkbox"/> Mogelijke zwangerschap</p>	<p>Handtekening patiënt:</p>
<p>Handtekening aanvrager: (stempel met naam, voornaam, adres, RIZIVnr)</p>	<p>Datum:</p>
<p>Datum:</p>	
<p>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.</p> <p>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.</p>	

## NMR - vragenlijst

▶ Lengte: ..... cm

▶ Gewicht: ..... kg

### ▶ Heeft u:

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| ▶ een pacemaker?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ een defibrillator?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ een hartkunstklep (kaartje of gegevens van de klep meebrengen)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ een levertransplantatie ondergaan?                              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ een middenoorimplantaat (cochleair implantaat) of hoorapparaat? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ een neurostimulator, pijnpomp of insulinepomp?                  | <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 bent u 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 u een rug, nek of knie MR ondergaat:

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| ▶ Heeft u reeds een operatie ondergaan in de onderzochte regio?                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Indien ja: wanneer: .....   |                             |                              |
| ▶ Indien u pijn heeft: <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts |                             |                              |
| ▶ Heeft u recent een ongeval of sporttrauma gehad?                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

### ▶ Voor vrouwelijke patiënten:

- |                              |                             |                              |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ▶ Bent u (mogelijk) zwanger? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ Geeft u borstvoeding?      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

### ▶ Indien u een borst of MAMMO MR ondergaat:

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| ▶ Heeft u reeds een borstoperatie ondergaan?                              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Indien ja: <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts |                             |                              |
| ▶ Neemt u hormonale medicatie?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ Bracht u een mammografie van een ander ziekenhuis mee?                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ Datum laatste regels / maandstonden: .....                              |                             |                              |

U komt dadelijk in een sterk magnetisch veld. Dat is volkomen veilig op voorwaarde dat u bovenstaande vragen volledig invult en alle metalen of magnetische voorwerpen (uurwerk, GSM, bankkaarten, sleutels, portefeuille,...) in de kleedruimte laat.

Naam: .....

Handtekening:

Datum: .....

.....