# AANVRAAGFORMULIER RADIOGRAFIE, ECHOGRAFIE, CT-scan en BOTDENSITOMETRIE

Telefoon: 09/387 70 10 e-mail: rx@azstvdeinze.be

Dr. G. De Bock – Dr. K. Op de Beeck – Dr. C. Simoens – Dr. B. Smet – Dr. B. Houthoofd – Dr. M. Van den broecke

**Patiëntengegevens:**

Naam & voornaam: .....

Geboortedatum: ..... /..... /..... M / V

**Relevante klinische inlichtingen:**

.....

.....

.....

**Diagnostische vraagstelling:**

.....

.....

.....

**Voorgesteld(e) onderzoek(en):**

.....

.....

.....

Vorige relevante onderzoeken in verband met de diagnostische vraagstelling:

❑ CT ❑ MRI ❑ RX ❑ echografie ❑ Andere ❑ Onbekend

Relevante bijkomende inlichtingen:

❑ Allergie
❑ Nierfunctie
→ ❑ (e)GFR > 30
→ ❑ (e)GFR < 30
→ ❑ Onbekend
❑ Hartinsufficiëntie
❑ Diabetes
❑ Zwangerschap
❑ Besmette patiënt(e)
❑ Implantaten
❑ Andere: .....

**Identificatie voorschrijver:**
Naam, Rizivnummer, stempel, handtekening

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