



- | | | | |
|--------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> ZNA Hoge Beuken | 03 830 95 26 | <input type="checkbox"/> ZNA Sint-Elisabeth | 03 234 41 60 |
| <input type="checkbox"/> ZNA Jan Palfijn | 03 640 20 90 | <input type="checkbox"/> ZNA Sint-Erasmus | 03 270 81 40 |
| <input type="checkbox"/> ZNA Koningin Paola Kinderziekenhuis | 03 280 20 44 | <input type="checkbox"/> ZNA Stuivenberg | 03 217 76 53 |
| <input type="checkbox"/> ZNA Middelheim | 03 280 30 03 | | MRI 03 217 76 36 |
| RX-Echografie- Interventionele radiologie | 03 280 32 74 | | |
| | MRI | 03 280 40 80 | |
| Ct Scan-mammografie | 03 280 32 49 | | |

Aanvraagformulier voor een onderzoek medische beeldvorming/radiologie¹

Een aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist

Intern Vervoer:					Planning:		
<input type="checkbox"/> Voetganger	<input type="checkbox"/> Rolstoel	<input type="checkbox"/> Brancard	<input type="checkbox"/> Bed	<input type="checkbox"/> Aan bed	<input type="checkbox"/> Dringend	<input type="checkbox"/> Vandaag	<input type="checkbox"/> Op .. / .. / ..

Identificatie van patiënt (invullen of strookje V.I)

Geslacht: mannelijk vrouwelijk Naam: _____
Voornaam: _____
Geboortedatum: _____

Etiket met
Patiëntgegevens

Relevante klinische inlichtingen

Diagnostische vraagstelling

Relevante bijkomende inlichtingen

- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergie
Zo ja, welke: | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Nierinsufficiëntie | <input type="checkbox"/> Zwangerschap |
| <input type="checkbox"/> Implantaat (o.a. pacemaker)
Zo ja, welk: | <input type="checkbox"/> Andere: | | |

Voorgesteld(e) onderzoek(en)

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

- CT NMR RX Echografie Andere: Onbekend

Voorschrijver*

Datum:	Stempel	Handtekening

¹ Bijlage 82 Art.17 en 17bis NGV Verord. 11-6-12 _ B.S. 24-1-13 _ art.2 van toepassing vanaf 1-3-2013

*Stempel voorschrijver met vermelding van naam, voornaam, adres en RIZIV-nummer.