

AANVRAAG VOOR MEDISCHE BEELDVORMING: Algemene radiologie – echografie

Aanvraag steeds meebrengen naar het onderzoek; gelieve u 30 minuten voor het onderzoek in het ziekenhuis aan te melden.

Patiëntengegevens Naam-Voornaam: Geboortedatum: Man / Vrouw	Datum onderzoek: Uur onderzoek:
---	--

Openingsuren secretariaat AZ Klina, Augustijnslei 100: Elke werkdag van 7u tot 19u Tel: 03/650.50.49 Fax: 03/650.50.74	Openingsuren secretariaat Campus Augustijnslei 45: Elke werkdag van 8u30-12u30 en van 14 tot 19u Tel: 03/651.49.10
--	---

Relevante klinische inlichtingen

Diagnostische vraagstelling

Relevante bijkomende inlichtingen

Allergie Diabetes Nierinsufficiëntie: serumcreatinine.....mg% Zwangerschap Implantaat

Andere

Voorgestelde onderzoeken

Vorige relevante onderzoeken in verband met de diagnostische vraagstelling:

CT MRI RX Echografie Andere Onbekend

Stempel voorschrijver (met vermelding naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer)

Datum:
Handtekening: