

**AANVRAAG VOOR MEDISCHE BEELDVORMING:
 MR – CONTRASTONDERZOEKEN**

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

Patiëntgegevens Naam - Voornaam : Geboortedatum : Man / Vrouw Kamernummer :		Openingsuren secretariaat: elke werkdag van 7 tot 19 u tel: 03/650 50 49 www.azklina.be Datum onderzoek : Uur onderzoek :	
Verplicht in te vullen: bijkomende inlichtingen: Patiënt geeft toestemming om, indien nodig, contrastvloeistof te gebruiken. Patiënte is niet zwanger. Patiënt lijdt niet aan nierinsufficiëntie. <i>optioneel: eGFR:</i> Patiënt heeft geen contrastallergie.		Akkoord <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Niet akkoord <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> eGFR: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anticoagulantie: <input type="checkbox"/> DNR <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Implantaten:			
Vorige relevante onderzoeken in verband met de diagnostische vraagstelling: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Echo <input type="checkbox"/> Mammo <input type="checkbox"/> Andere			
Verplicht in te vullen: Diagnostische vraagstelling en klinische inlichtingen: <input type="checkbox"/> Kopie aan huisarts		Stempel - Handtekening Datum voorschrift:	

MAXIMUM 1 ONDERZOEKSTYPE PER AANVRAAG; VOOR MR VRAGENLIJST OP ACHTERKANT INVULLEN AUB

MR	MR	CONTRASTONDERZOEKEN
<input type="checkbox"/> hersenen <input type="checkbox"/> stroke <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> + contrast <input type="checkbox"/> fossa posterior <input type="checkbox"/> hypofyse <input type="checkbox"/> orbitae <input type="checkbox"/> rotsbeenderen <input type="checkbox"/> halsvaten <input type="checkbox"/> CWZ: niveaus..... <input type="checkbox"/> TWZ: niveaus..... <input type="checkbox"/> LWZ: niveaus <input type="checkbox"/> LWZ-post op <input type="checkbox"/> + contrast niveau ingreep: <input type="checkbox"/> full spine <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> + contrast <input type="checkbox"/> mammografie standaard <input type="checkbox"/> mammografie prothesen <input type="checkbox"/> cardio	<input type="checkbox"/> MRCP/galwegen <input type="checkbox"/> abdomen aandacht voor: <input type="checkbox"/> lever <input type="checkbox"/> nieren <input type="checkbox"/> pancreas <input type="checkbox"/> prostaat <input type="checkbox"/> rectum <input type="checkbox"/> renale vaten <input type="checkbox"/> andere: arthro R L <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schouder <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> elleboog <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pols <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heup <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> knie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> enkel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> voet	Spijsverteringsstelsel <input type="checkbox"/> slikfunctie <input type="checkbox"/> slokdarm <input type="checkbox"/> SMD <input type="checkbox"/> SMD-dundarmtransit <input type="checkbox"/> colon-inloop <input type="checkbox"/> defaecografie <input type="checkbox"/> ERCP Urinewegstelsel <input type="checkbox"/> cystografie <input type="checkbox"/> IV-urografie <input type="checkbox"/> andere:



