

Identificatie van patiënt  
(invullen/ strookje V.I./ sticker)

Naam:  
Voorna(a)m(en):  
Geboortedatum:  
Geslacht: M/V

## Dienst radiologie: aanvraagformulier

Per klinische vraagstelling is een aanvraagformulier vereist

**Campus Virga Jesse**  
Stadsomvaart 11  
3500 Hasselt

**Campus Salvator**  
Salvatorstraat 20  
3500 Hasselt

**Campus Sint Ursula**  
Diestsesteenweg 8  
3540 Herk-de-stad

**Afspraken/inlichtingen via 011 33 55 55**

Voorgesteld(e) onderzoek(en): <b>(verplicht invullen)</b>	Diagnostische vraagstelling: <b>(verplicht invullen)</b>
Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling: <b>(verplicht invullen)</b> <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> NMR <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Echografie <input type="checkbox"/> Andere: ..... <input type="checkbox"/> Onbekend	Relevante klinische inlichting(en): <b>(verplicht invullen)</b>
<b>Verplichte informatie aanvragende arts bij contrastonderzoeken/interventionele onderzoeken</b>	<b>Verplichte vragenlijst patiënt en/of aanvragende arts bij contrastonderzoeken/interventionele onderzoeken</b>
Duid aan indien van toepassing: <input type="checkbox"/> Nierfunctie: (e)GFR > 30 <input type="checkbox"/> Nierfunctie: (e)GFR < 30 <input type="checkbox"/> Nierfunctie: (e)GFR onbekend Indien aanvraag voor drainage, punctie, arterio of biopsie: controle stollingsparameters vóór het onderzoek.	Duid aan indien van toepassing: <input type="checkbox"/> Reeds soortgelijk onderzoek met contrast ondergaan? <input type="checkbox"/> Al ooit allergische reactie gehad op contraststof? <input type="checkbox"/> Lijdt u aan allergieën en/of neemt u hiervoor medicatie? <input type="checkbox"/> Heeft u astma? <input type="checkbox"/> Lijdt u aan de ziekte van Kahler? <input type="checkbox"/> Heeft u diabetes? Zo ja, neemt u pilletjes hiervoor? <input type="checkbox"/> Heeft u een schildklierprobleem? <input type="checkbox"/> Heeft u ernstig hartlijden? <input type="checkbox"/> Werken uw nieren minder goed? <input type="checkbox"/> Bent u mogelijk zwanger of geeft u borstvoeding? <input type="checkbox"/> Andere relevante bijkomende inlichtingen: ..... .....
<b>Belangrijke opmerkingen</b>	<b>Indien u NMR ondergaat, keerzijde ook invullen!</b>
Duid aan indien van toepassing: <input type="checkbox"/> Besmettingsgevaar: <input type="checkbox"/> Allergie: <input type="checkbox"/> Isolatie patiënt: <input type="checkbox"/> Vervoer patiënt: <input type="checkbox"/> te voet <input type="checkbox"/> rolstoel <input type="checkbox"/> bed <input type="checkbox"/> Radiologische opname aan bed <input type="checkbox"/> Mogelijke zwangerschap	Handtekening patiënt:   Datum:
Handtekening aanvrager: (stempel met naam, voornaam, adres, RIZIVnr)	
Datum:	Datum:

Dit aanvraagformulier komt pas voor terugbetaling door RIZIV in aanmerking als alle verplichte rubrieken correct ingevuld zijn door de aanvragende arts, cfr. ZIV-wet artikel 22. 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.

# NMR - vragenlijst

## Heeft u:

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| ▶ een pacemaker of 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 of vaste make-up?                                  | <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 |
| ▶ continue glucose monitoring (bij suikerziekte)?                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ claustrofobie?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ andere?   |                             | .....                        |

Lengte..... cm Gewicht: ..... kg

## Indien u een schouder, elleboog, pols, hand, heup, knie, enkel of voet NMR ondergaat:

- |   |                                |                                   |                                 |                              |                                    |                                     |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| ▶ Heeft u reeds een operatie ondergaan in het onderzochte gewricht? | <input type="checkbox"/> Links | <input type="checkbox"/> Rechts   |                                 |                              |                                    |                                     |
| Indien ja: wanneer: .....   |                                |                                   |                                 |                              |                                    |                                     |
| ▶ Indien ja: waarvoor:  | <input type="checkbox"/> pezen | <input type="checkbox"/> meniscus | <input type="checkbox"/> kapsel | <input type="checkbox"/> bot | <input type="checkbox"/> kraakbeen | <input type="checkbox"/> ligamenten |
| ▶ Heeft u recent een ongeval of sporttrauma gehad?                  | <input type="checkbox"/> Ja    | <input type="checkbox"/> Nee      |                                 |                              |                                    |                                     |
| ▶ Heeft u een gekende reuma / jicht?                                | <input type="checkbox"/> Ja    | <input type="checkbox"/> Nee      |                                 |                              |                                    |                                     |

## Indien u een rug of nek NMR 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 NMR ondergaat:

- |  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| ▶ Heeft u reeds een borstoperatie ondergaan?             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Indien ja:   |                             |                              |
| ▶ 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/maandstonen: .....                |                             |                              |

**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: .....

.....