

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

<input type="checkbox"/> Campus Virga Jesse Stadsomvaart 11 3500 Hasselt Fax 011 33 80 08	<input type="checkbox"/> Campus Salvator Salvatorstraat 20 3500 Hasselt Fax 011 33 81 08	<input type="checkbox"/> Campus Sint Ursula Diestsesteenweg 8 3540 Herk-de-stad Fax 013 55 07 68
---	--	--

Afspraken/inlichtingen via 011 33 55 55

Voorgesteld(e) onderzoek(en): (verplicht invullen)	Diagnostische vraagstelling: (verplicht invullen)
Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling: (verplicht invullen) <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): (verplicht invullen)
Verplichte informatie aanvragende arts bij contrastonderzoeken/interventionele onderzoeken	Verplichte vragenlijst patiënt en/of aanvragende arts bij contrastonderzoeken/interventionele onderzoeken
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:
Belangrijke opmerkingen	Indien u NMR ondergaat, keerzijde ook invullen!
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:
Handtekening aanvrager: (stempel met naam, voornaam, adres, RIZIVnr)	Handtekening patiënt:
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? Ja Nee
- ▶ een hartkunstklep (kaartje of gegevens van de klep meebrengen)? Ja Nee
- ▶ een levertransplantatie ondergaan? Ja Nee
- ▶ een middenoorimplantaat (cochleair implantaat) of hoorapparaat? Ja Nee
- ▶ een neurostimulator, pijnpomp of insulinepomp? Ja Nee
- ▶ een tatoeage of vaste make-up? Ja Nee
- ▶ een aneurysmaclip of ingreep op bloedvat in hersenen ondergaan? Ja Nee
- ▶ orthopedisch materiaal (prothese, schroeven,...) of implantaat? Ja Nee
- ▶ een metalen voorwerp in oog (of bent u metaalwerker)? Ja Nee
- ▶ een verwijderbare tandprothese of andere protheses? Ja Nee
- ▶ continue glucose monitoring (bij suikerziekte)? Ja Nee
- ▶ claustrofobie? Ja 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? Links Rechts
Indien ja: wanneer:
- ▶ Indien ja: waarvoor: pezen meniscus kapsel bot kraakbeen ligamenten
- ▶ Heeft u recent een ongeval of sporttrauma gehad? Ja Nee
- ▶ Heeft u een gekende reuma / jicht? Ja Nee

Indien u een rug of nek NMR ondergaat:

- ▶ Heeft u reeds een operatie ondergaan in de onderzochte regio? Ja Nee
Indien ja: wanneer:
- ▶ Indien u pijn heeft: Links Rechts
- ▶ Heeft u recent een ongeval of sporttrauma gehad? Ja Nee

Voor vrouwelijke patiënten:

- ▶ Bent u (mogelijk) zwanger? Ja Nee
- ▶ Geeft u borstvoeding? Ja Nee

Indien u een borst of MAMMO NMR ondergaat:

- ▶ Heeft u reeds een borstoperatie ondergaan? Ja Nee
Indien ja: Links Rechts
- ▶ Neemt u hormonale medicatie? Ja Nee
- ▶ Bracht u een mammografie van een ander ziekenhuis mee? Ja 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:

.....