

Zich aanmelden in :

AZ Delta - Campus Oekene
Deltalaan 1
8800 Roeselare

Sint-Andries Ziekenhuis
Bruggestraat 84
8700 Tielt

O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis
Vijfseweg 150
8790 Waregem

PATIENTENKLEVER	STEMPEL AANVRAGENDE GENEESHEER
	2 Datum: Handtekening:

<input type="checkbox"/> pacemaker / defibrillator	<input type="checkbox"/> pijnpomp	<input type="checkbox"/> contrastallergie I	<input type="checkbox"/> zwanger	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> te voet
<input type="checkbox"/> neuro- / zenuwstimulator	<input type="checkbox"/> insulinepomp	<input type="checkbox"/> contrastallergie Gd	<input type="checkbox"/> borstvoeding	<input type="checkbox"/> TBC	<input type="checkbox"/> bed
<input type="checkbox"/> deep brain stimulator	<input type="checkbox"/> blaasstimulator	<input type="checkbox"/> nierinsufficiëntie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rolstoel
<input type="checkbox"/> cochleair implant	<input type="checkbox"/> penisimplantaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> monitoring / beademend / tractie		

als een van bovenstaande devices aanwezig is, vul achterzijde in

Klinische inlichtingen :

Diagnostische vraagstelling :

Relevante voorgaande onderzoeken :

SLECHTS 1 ONDERZOEK AANKRUISEN AUB !

MUSCULOSKELETAAL	WERVELKOLOM	ABDOMEN
<input type="checkbox"/> Schouder R L	<input type="checkbox"/> CWZ	<input type="checkbox"/> Lever
<input type="checkbox"/> Bovenarm R L	<input type="checkbox"/> DWZ	<input type="checkbox"/> MRCP
<input type="checkbox"/> Elleboog R L	<input type="checkbox"/> LWZ	<input type="checkbox"/> Pancreas
<input type="checkbox"/> Voorarm R L	<input type="checkbox"/> Full Spine	<input type="checkbox"/> Nieren / bijniere
<input type="checkbox"/> Pols R L		<input type="checkbox"/> Enterografie
<input type="checkbox"/> Hand R L		<input type="checkbox"/> Defaecografie
<input type="checkbox"/> Vinger R L	NEURO / ORL	<input type="checkbox"/> Rectum
<input type="checkbox"/> SIG	<input type="checkbox"/> Hersenen	<input type="checkbox"/> Anale fistel
<input type="checkbox"/> Bekken	<input type="checkbox"/> Craniale zenuwen : ...	<input type="checkbox"/> Prostaat
<input type="checkbox"/> Heup R L	<input type="checkbox"/> Hypofyse	<input type="checkbox"/> Vrouwelijk bekken
<input type="checkbox"/> Bovenbeen R L	<input type="checkbox"/> Fossa posterior	<input type="checkbox"/> Pelvimetrie
<input type="checkbox"/> Knie R L	<input type="checkbox"/> Orbita	<input type="checkbox"/> Staging Peritoneum
<input type="checkbox"/> Onderbeen R L	<input type="checkbox"/> Rotsbeenderen	ANGIO
<input type="checkbox"/> Enkel R L	<input type="checkbox"/> MFM	<input type="checkbox"/> Circulus van Willis
<input type="checkbox"/> Voet R L	<input type="checkbox"/> TMG	<input type="checkbox"/> Halsvaten
<input type="checkbox"/> ARTHRO JA / NEE	<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Aorta
MAMMO	<input type="checkbox"/> Plexus brachialis	<input type="checkbox"/> Nierarteries
<input type="checkbox"/> Parenchym	<input type="checkbox"/> Thoracic outlet	<input type="checkbox"/> Abdomen
<input type="checkbox"/> Prothese		<input type="checkbox"/> Onderste ledematen

Dit aanvraagformulier komt maar voor terugbetaling door het RIZIV in aanmerking indien alle rubrieken correct zijn ingevuld door de aanvragende arts. Handtekening, stempel en het invullen van klinische inlichtingen zijn verplicht (K.B. 27-12-1979 e.v.).

PATIENTENKLEVER

Heeft u een pacemaker of defibrillator?	Ja / neen
Heeft u een deep brain stimulator?	Ja / neen
Heeft u een neuro- of zenuwstimulator?	Ja / neen
Heeft u een pijn- of insulinepomp?	Ja / neen
Heeft u een blaasstimulator of penisimplantaat?	Ja / neen
Heeft u een cochleair implant?	Ja / neen

In te vullen door verwijzend geneesheer:

Soort device :

Producent device :

Type device :

Datum plaatsing device :

Informatie leads en datum plaatsing indien van toepassing :

Achtergebleven leads (= absolute contra indicatie!) : ja / neen

Uw contactgegevens :

Contactgegevens in geval van afwezigheid :

Stempel:

Datum:

Handtekening:

In te vullen door verantwoordelijke radioloog:

Is bovenstaande informatie volledig ingevuld ?

Is het omschreven device MRI-safe op 1.5 Tesla ?

Is het omschreven device MRI-safe op 3 Tesla ?

Zo ja, dienen bijkomende maatregelen getroffen :

- Voor het onderzoek ?
- Tijdens het onderzoek ?
- Na het onderzoek ?

Kan deze patiënt, mits het naleven van de hierboven beschreven richtlijnen, veilig worden gescand?

Stempel:

Datum:

Handtekening: