

Dienst Medische beeldvorming

Ommegangstraat 7 - B-8870 Izegem

Tel.: (051)33 40 81 - Fax: (051)33 40 83 - Email: radiologie@sjki.be

Dr. Deschepper C. – Dr. Deltour P. – Dr. Van Borsel M. – Dr. Soenen O.

PATIENTENKLEVER	STEMPEL AANVRAGEND GENEESHEER Datum : Handtekening :
------------------------	---

☐ pacemaker / defibrillator	☐ pijnpomp	☐ contrastallergie I	☐ zwanger	☐ MRSA	☐ te voet
☐ neuro- / zenuwstimulator	☐ insulinepomp	☐ contrastallergie Gd	☐ borstvoeding	☐ TBC	☐ bed
☐ deep brain stimulator	☐ blaasstimulator	☐ nierinsufficiëntie	☐	☐	☐ rolstoel
☐ cochleair implant	☐ penisimplantaat	☐	☐ 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
☐ Schouder R L	☐ CWZ	☐ Lever
☐ Bovenarm R L	☐ DWZ	☐ MRCP
☐ Elleboog R L	☐ LWZ	☐ Pancreas
☐ Voorarm R L	☐ Full Spine	☐ Nieren / bijnieren
☐ Pols R L		☐ Enterografie
☐ Hand R L		☐ Defaecografie
☐ Vinger R L	NEURO / ORL	☐ Rectum
☐ SIG	☐ Hersenen	☐ Anale fistel
☐ Heup R L	☐ Craniale zenuwen : ...	☐ Prostaat
☐ Bovenbeen R L	☐ Hypofyse	☐ Vrouwelijk bekken
☐ Knie R L	☐ Fossa posterior	☐ Pelvimetrie
☐ Onderbeen R L	☐ Orbita	☐ Staging Peritoneum
☐ Enkel R L	☐ Rotsbeenderen	ANGIO-MR
☐ Voet R L	☐ MFM	☐ Circulus van Willis
☐ ARTHRO JA / NEE	☐ TMG	☐ Halsvaten
	☐ Hals	☐ Aorta
MAMMO-MR	☐ Plexus brachialis	☐ Nierarteries
☐ Parenchym	☐ Thoracic outlet	☐ Abdomen
☐ Prothese		☐ Onderste ledematen

Dit aanvraagformulier komt maar voor terugbetaling door het RIZIV in aanmerking indien alle rubrieken correct zijn ingevuld door 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 verantwoordelijk 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 :