

1 aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist!

Dr. T. Bekaert Dr. L. Bladt Dr. B. De Coster Dr. K. De Meerleer Dr. F. Depuyt Dr. F. Grignard Dr. P. Kersemans Dr. E. Verdries	Dienst Radiologie Route 76 Godveerdegemstraat 69 9620 Zottegem Tel. Sec.: 09 364 85 20 (21) Tel. MR: 09 364 87 47 Tel. CT: 09 364 85 28 Fax: 09 364 85 22 secretariaat.radiologie@sezz.be	Patiëntgegevens Afspraak Datum: _____ Uur: _____
CT – MR – CONE BEAM		RX – ECHO zoz
Verplicht in te vullen		Andere relevante informatie
NIERFUNCTIE <input type="checkbox"/> Nierinsufficiëntie (eGFR<45ml/min/1.73 m ²) Meest recente eGFR: ml/min/1.73 m ² van/...../..... Voorbereiding (vocht iv) aangeraden bij CT : eGFR 30-45ml/min/1.73 m ²	ALLERGIE <input type="checkbox"/> Allergie waarvoor medicatie ingenomen wordt <input type="checkbox"/> Vroegere allergische reactie op contrastmiddelen <input type="checkbox"/> (Instabiele) astma Indien <input checked="" type="checkbox"/> overweeg premedicatie!(*)	<input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Ernstige hartinsufficiëntie <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Zwanger <input type="checkbox"/> Implantaat <input type="checkbox"/> Nuchter (navragen op RX)
BESMETTING <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Clostridium <input type="checkbox"/> Druppel <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Isolatie	STOLLING <input type="checkbox"/> Anticoagulantia: <input type="checkbox"/> Controle stollingsparameters indien drainage, punctie of biopsie INR = _____ PT = _____ Overleg radioloog indien verstoord	<input type="checkbox"/> Vervoer patiënt <input type="checkbox"/> Te voet <input type="checkbox"/> Bed <input type="checkbox"/> Rolstoel <input type="checkbox"/> Kan niet rechtstaan <input type="checkbox"/> RX aan bed <input type="checkbox"/> DRINGEND
VOORGESTELD ONDERZOEK <input type="checkbox"/> MR : <input type="checkbox"/> CT : <input type="checkbox"/> Cone Beam :		
Relevante klinische inlichtingen		
Diagnostische vraagstelling		
Vorige relevante onderzoeken ivm de diagnostische vraagstelling:		Stempel en handtekening voorschrijver:

Dit aanvraagformulier kan pas voor terugbetaling door het RIZIV in aanmerking komen, indien alle rubrieken correct zijn ingevuld door de aanvragende arts (cfr. RIZIV bepalingen per 1/3/2013). De normale afwerking van het aangevraagde onderzoek kan vertraging oplopen wanneer dit niet het geval is. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.

(*): volgens ESUR richtlijnen: twee pilletjes Medrol 32 mg als voorbereiding: één 12 uur voor het onderzoek en één 2 uur voor het onderzoek.

1 aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist!

Dr. T. Bekaert Dr. L. Bladt Dr. B. De Coster Dr. K. De Meerleer Dr. F. Depuyt Dr. F. Grignard Dr. P. Kersemans Dr. E. Verdries	Dienst Radiologie Route 76 Godveerdegemstraat 69 9620 Zottegem Tel.: 09 364 85 20 (21) Fax: 09 364 85 22 secretariaat.radiologie@sezz.be	Patiëntgegevens Afspraak Datum: _____ Uur: _____
---	--	--

RX – ECHO – MAMMO	CT – CB – MR zoz
--------------------------	------------------

Verplicht in te vullen
BESMETTING

-
- TBC
-
- MRSA
-
- Clostridium
-
- Druppel
-
-
- Andere
-
-
- Isolatie

STOLLING

-
- Controle stollings-parameters indien drainage, punctie of biopsie

Vervoer patiënt

-
- Te voet
-
- Bed
-
- Rolstoel
-
- Nuchter**
-
-
- RX aan bed
-
-
- Kan niet rechtstaan
-
- DRINGEND**

VOORGESTELD ONDERZOEK

Orgaan- en skeletradiologie	Gastro-enterologie	Mammo-gynaecologie
<input type="checkbox"/> Thorax F/P <input type="checkbox"/> Thorax F <input type="checkbox"/> Thorax aan bed op kamer <input type="checkbox"/> Hals weke delen/larynx <input type="checkbox"/> Ribbenrooster <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> CWZ <input type="checkbox"/> DWZ <input type="checkbox"/> LWZ <input type="checkbox"/> Schedel <input type="checkbox"/> Orbita <input type="checkbox"/> Sinussen <input type="checkbox"/> Neus <input type="checkbox"/> Bekken liggend <input type="checkbox"/> Bekken staand <input type="checkbox"/> SIG <input type="checkbox"/> Sacrum/coccyx <input type="checkbox"/> Full leg <input type="checkbox"/> Full spine F/P	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Schouder <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Sleutelbeen <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Schouderblad <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Bovenarm <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Elleboog <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Voorarm <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Pols <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Hand <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Vinger: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Heup <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Bovenbeen <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Knie <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Onderbeen <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Enkel <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Voet <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Voet staande <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Hiel <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Teen:	<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Liggend <input type="checkbox"/> Staand <input type="checkbox"/> Slikfunctie <input type="checkbox"/> Slokdarm <input type="checkbox"/> SMD ** <input type="checkbox"/> SMD-Transit ** <input type="checkbox"/> Transit** <input type="checkbox"/> Fistulografie <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> ERCP ** <div style="text-align: center;">Urologie</div> <input type="checkbox"/> Cystografie <input type="checkbox"/> Urethrografie <div style="text-align: center;">Ander onderzoek</div>
		Echografie <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Mammografie <input type="checkbox"/> Screeningsmammografie <input type="checkbox"/> Harpoen <input type="checkbox"/> Stereotactische punctie <input type="checkbox"/> Galactografie <input type="checkbox"/> Hysterosalpingografie <input type="checkbox"/> Borsten <input type="checkbox"/> Abdomen inferior/superior** <input type="checkbox"/> Nieren en blaas <input type="checkbox"/> Aorta <input type="checkbox"/> Schildklier <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Schedel <input type="checkbox"/> Scrotum <input type="checkbox"/> Prostaat <input type="checkbox"/> Weke delen <input type="checkbox"/> Doppler

Relevante klinische inlichtingen
Diagnostische vraagstelling
Vorige relevante onderzoeken ivm de diagnostische vraagstelling:
Stempel en handtekening voorschrijver: