

**AANVRAAGFORMULIER RADIOGRAFIE, ECHOGRAFIE,
CT-scan en BOTDENSITOMETRIE**

Telefoon: 09/387 70 10

e-mail: rx@azstvdainze.be

Dr. G. De Bock – Dr. K. Op De Beeck – Dr. C. Simoens – Dr. B. Smet

Patiëntengegevens:

Naam & voornaam:

Geboortedatum: / / M / V

Relevante klinische inlichtingen:

.....

.....

.....

Diagnostische vraagstelling:

.....

.....

.....

Voorgesteld(e) onderzoek(en):

.....

.....

.....

Vorige relevante onderzoeken in verband met de diagnostische vraagstelling:

CT
 MRI
 RX
 echografie
 Andere
 Onbekend

Relevante bijkomende inlichtingen:

<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Nierfunctie	<input type="checkbox"/> Hartinsufficiëntie	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Zwangerschap	→ <input type="checkbox"/> (e)GFR > 30 → <input type="checkbox"/> (e)GFR < 30 → <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Besmette patiënt(e)	<input type="checkbox"/> Implantaten
<input type="checkbox"/> Andere:			

Identificatie voorschrijver:

Naam, Rizivnummer, stempel, handtekening

Datum :
..... / /