

Datum afspraak:

MRI

Patiëntenlever :	Stempel aanvragend geneesheer :
	Datum: Handtekening:

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

Indien één van bovenstaande devices aanwezig, 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"/> Nieren / bijniere
<input type="checkbox"/> Pols R L	NEURO / ORL	<input type="checkbox"/> Enterografie
<input type="checkbox"/> Hand R L	Hersenen	<input type="checkbox"/> Rectum
<input type="checkbox"/> Vinger R L	<input type="checkbox"/> Craniale zenuwen : ...	<input type="checkbox"/> Anale fistel
<input type="checkbox"/> SIG	<input type="checkbox"/> Hypofyse	<input type="checkbox"/> Prostaat
<input type="checkbox"/> Heup R L	<input type="checkbox"/> Fossa posterior	<input type="checkbox"/> Vrouwelijk bekken
<input type="checkbox"/> Bovenbeen R L	<input type="checkbox"/> Orbita	<input type="checkbox"/> Pelvimetrie
<input type="checkbox"/> Knie R L	<input type="checkbox"/> Rotsbeenderen	ANGIO-MR
<input type="checkbox"/> Onderbeen R L	<input type="checkbox"/> MFM	<input type="checkbox"/> Circulus van Willis
<input type="checkbox"/> Enkel R L	<input type="checkbox"/> TMG	<input type="checkbox"/> Halsvaten
<input type="checkbox"/> Voet R L	<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Aorta
	<input type="checkbox"/> Plexus brachialis	<input type="checkbox"/> Nierarteries
	<input type="checkbox"/> Ruggenmerg	<input type="checkbox"/> Abdomen
		<input type="checkbox"/> 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.).

U heeft een pacemaker of defibrillator ?	Ja / neen
U heeft een deep brain stimulator ?	Ja / neen
U heeft een neuro- of zenuwstimulator ?	Ja / neen
U heeft een pijn – of insulinepomp ?	Ja / neen
U heeft een blaasstimulator of penisimplantaat ?	Ja / neen
U heeft 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 :
 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 ?

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 :