

**Aanvraagformulier voor een onderzoek Medische Beeldvorming**

*Eén aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist*

**ZONDER DEZE VERWIJSBRIEF KAN UW RADIOLOGISCH ONDERZOEK NIET DOORGAAN**

<b>Identificatie van de patiënt</b>		Dr. N. Bossu Dr. P. De Beul Dr. Ph.Geysens Dr. U. Kiendys Dr. V. Provoost Dr. A. Vancauwenbergh Dr. W. Van Roost Dr. J. De Grootte
Naam :	Voorna(a)m(en) :	
Geboortedatum :		
Geslacht :	<input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk	
<b>Relevante klinische inlichtingen :</b> ..... .....		
<b>Diagnostische vraagstelling :</b> ..... .....		
<b>Relevante bijkomende inlichtingen :</b> <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Nierinsufficiëntie <input type="checkbox"/> Zwangerschap <input type="checkbox"/> implantaat <input type="checkbox"/> Andere : .....		
<b>Voorgestelde onderzoeken :</b> RX van : ..... ..... ..... Echografie van : ..... ..... CT-Scan van : ..... .....		
<b>Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling :</b> <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> NMR <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Echografie <input type="checkbox"/> Andere : <input type="checkbox"/> Onbekend		
<b>Stempel voorschrijver : *</b> Datum : Handtekening :		

\* **Stempel** voorschrijver met vermelding van naam, voornaam, adres en RIZIV-nummer.