

Een aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist

RELEVANTE KLINISCHE INLICHTINGEN (verplicht!)	DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING (verplicht!)

VOORGESTELD(E) ONDERZOEK(EN):

LEDEMATEN	RX ADEMHALINGSSTELSEL	ECHOGRAFIE																																																											
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:10%;">RX</th> <th style="width:10%;">ECHO</th> </tr> <tr><td>HAND</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>POLS</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ONDERARM</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ELLEBOOG</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>HUMERUS</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>SCHOUDER</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>CLAVICULA</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>SCAPULA</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="3"><hr/></td></tr> <tr><td>VOET</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ENKEL</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ONDERBEEN</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>KNIE</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>FEMUR</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>HEUP</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>BEKKEN</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		RX	ECHO	HAND	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ONDERARM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ELLEBOOG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HUMERUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SCHOUDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CLAVICULA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SCAPULA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>			VOET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENKEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ONDERBEEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KNIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FEMUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BEKKEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> THORAX F + P</p> <p><input type="checkbox"/> SINUSSEN</p> <p><input type="checkbox"/> CAVUM NASI</p> <p><input type="checkbox"/> NEUSBEEN</p> <p><input type="checkbox"/> WEKE DELEN HALS</p> <hr/> <p style="text-align: center;">RX ABDOMINAAL</p> <p><input type="checkbox"/> ABDOMEN OVERZICHT (liggend/staand)</p> <p><input type="checkbox"/> SLOKDARM-MAAG-DUOD. (strikt nuchter!)</p> <p><input type="checkbox"/> SLOKD.-MAAG-TRANSIT (strikt nuchter!)</p> <p><input type="checkbox"/> TRANSIT (strikt nuchter!)</p> <p><input type="checkbox"/> SLIKFUNCTIE (strikt nuchter!)</p> <p><input type="checkbox"/> SLOKDARM (strikt nuchter!)</p> <p><input type="checkbox"/> COLON (voorbereiding af te halen)</p>	<p style="text-align: center;">ABDOMINAAL</p> <p><input type="checkbox"/> ABDOMEN TOTAAL (nuchter)</p> <p><input type="checkbox"/> LEVER EN/OF GALBLAAS (nuchter)</p> <p><input type="checkbox"/> NIEREN EN AORTA</p> <p><input type="checkbox"/> URINAIR STELSEL (volle blaas)</p> <p><input type="checkbox"/> KLEINE BEKKEN (volle blaas)</p> <p><input type="checkbox"/> DARMEN</p> <hr/> <p style="text-align: center;">GENITAAL</p> <p><input type="checkbox"/> PROSTAAT (transrectaal)</p> <p><input type="checkbox"/> SCROTUM</p> <p><input type="checkbox"/> UTERUS/OVARIA (transvaginaal)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">HALS</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <hr/> <p style="text-align: center;">KLEURENDOPPLER</p> <p><input type="checkbox"/> CAROTIS / VERTEBR.</p> <p><input type="checkbox"/> RENALES (nuchter)</p> <p><input type="checkbox"/> AORTA / ILIACO-FEM</p> <p><input type="checkbox"/> LEDEMATEN</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> OL VENEUS</td><td style="text-align: right;">R L</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> OL ARTERIEEL</td><td style="text-align: right;">R L</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> BL VENEUS</td><td style="text-align: right;">R L</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> BL ARTERIEEL</td><td style="text-align: right;">R L</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> OL VENEUS	R L	<input type="checkbox"/> OL ARTERIEEL	R L	<input type="checkbox"/> BL VENEUS	R L	<input type="checkbox"/> BL ARTERIEEL	R L
	RX	ECHO																																																											
HAND	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
POLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
ONDERARM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
ELLEBOOG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
HUMERUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
SCHOUDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
CLAVICULA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
SCAPULA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
<hr/>																																																													
VOET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
ENKEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
ONDERBEEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
KNIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
FEMUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
HEUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
BEKKEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
<input type="checkbox"/> OL VENEUS	R L																																																												
<input type="checkbox"/> OL ARTERIEEL	R L																																																												
<input type="checkbox"/> BL VENEUS	R L																																																												
<input type="checkbox"/> BL ARTERIEEL	R L																																																												
<p style="text-align: center;">RX AXIAAL SKELET</p> <p><input type="checkbox"/> CERVICALE W-ZUIL</p> <p><input type="checkbox"/> DORSALE W-ZUIL</p> <p><input type="checkbox"/> LUMBALE WZ (incl. bekkenstand)</p> <p><input type="checkbox"/> SACRO-ILIACALE ART.</p> <p><input type="checkbox"/> INTERFACETAIRE ART.(3/4)</p> <p><input type="checkbox"/> SACRUM -COCCYX</p> <p><input type="checkbox"/> SCANIOMETRIE (beenlengte R en L)</p> <p><input type="checkbox"/> FULL SPINE (kind)</p> <p><input type="checkbox"/> RIBBENROOSTER R L</p> <p><input type="checkbox"/> STERNUM + tomo's</p> <p><input type="checkbox"/> SCHEDEL</p>	<p style="text-align: center;">SENOLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> SCREENINGSMAMMOGRAFIE (50-69 jaar elke 2 jaar)</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> MAMMOGRAFIE</td><td style="text-align: right;">R L</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> MAMMO + ECHO</td><td style="text-align: right;">R L</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> ECHOGRAFIE BORSTEN</td><td style="text-align: right;">R L</td></tr> </table> <hr/> <p><input type="checkbox"/> BOTDENSITOMETRIE (DEXA)</p> <p>ev. terugbetaling elke 5 jaar mits toevoegen van specifieke verwijfsbrief</p>	<input type="checkbox"/> MAMMOGRAFIE	R L	<input type="checkbox"/> MAMMO + ECHO	R L	<input type="checkbox"/> ECHOGRAFIE BORSTEN	R L																																																						
<input type="checkbox"/> MAMMOGRAFIE	R L																																																												
<input type="checkbox"/> MAMMO + ECHO	R L																																																												
<input type="checkbox"/> ECHOGRAFIE BORSTEN	R L																																																												

RAPPORTERING

- PACSONWEB EN MEDIMAIL UITSLAG MEEGEVEN UITSLAG PER POST UITSLAG MET FAX: nr.
- ONDERZOEK OP CD-R: altijd/bij pathologie DRINGENDE UITSLAG VIA TEL: nr.
- AFDRUK OP FILM: altijd/bij pathologie CC voor Dr.

Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling (verplicht!)

- CT NMR RX Echografie Andere Onbekend

Relevante bijkomende inlichtingen/risicofactoren (verplicht!)

- Contrastallergie Implantaat / pacemaker Nierlijden: GFR Crea Ander
- Allergie/atopie Zwangerschap Infectie: TBC - MRSA - HIV - Hep.

Aanvragende geneesheer (verplicht!)

Stempel met naam, voornaam, adres en RIZIV nummer

Handtekening

Datum: / /

Patiëntgegevens (verplicht!)

(zelfklever)

Naam:

Voorna(a)m(en):

Geboortedatum

Geslacht: M V