|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AZDELTA_Logo_cmyk_baseline** | **DIENST RADIOLOGIE****AZ DELTA** | Brugsesteenweg 90, 8800 Roeselare 051 23 61 50, secr.radiologie@azdelta.beDeltalaan 1, 8800 Roeselare 051 23 70 19, secr.radiologie@azdelta.beOude Leielaan 6, 8930 Menen 056 52 23 47, secr.radiologie@azdelta.beSt Rembertlaan 21, 8820 Torhout 050 23 25 21, secr.radiologie@azdelta.beFoto’s beschikbaar via <http://rx.azdelta.be> (via de adresbalk, niet via zoekmachines) |

**Patiëntenklever**

**STEMPEL AANVRAGEND GENEESHEER**

Datum :

Handtekening :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Campus Wilgenstraat** | **Campus Brugsesteenweg** | **Campus Menen**  | **Campus Torhout** |
| secretariaat : 051/23.70.19 | secretariaat : 051/23.61.50 | secretariaat : 056/52.23.47 | secretariaat : 050/23.25.21 |
| radiologie.wilg@azdelta.be | radiologie.brug@azdelta.be | radiologie.menen@azdelta.be | radiologie.torhout@azdelta.be |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| o contrastallergie I | o pre-operatief | o diabetes | o zwanger | o MRSA | o te voet |
| o nierinsufficientie | o voor ontslag | o anticoagulantia | o borstvoeding | o TBC | o bed |
|  |  |  |  |  | o rolstoel |
| o dringend +++ | o dringend ++ | o dringend + |  | o monitoring / beademend / tractie |

**Klinische inlichtingen :** .........................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................

**Diagnostische vraagstelling :** ...............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................................................

**Relevante voorgaande onderzoeken :** ..............................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................................................

**SLECHTS 1 ONDERZOEK AANKRUISEN AUB !**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MUSCULOSKELETAAL** | **WERVELKOLOM** | **ABDOMEN** |
| * Schouder R L
 | * CWZ
 | * Lever
 |
| * Bovenarm R L
 | * DWZ
 | * MRCP
 |
| * Elleboog R L
 | * LWZ
 | * Pancreas
 |
| * Voorarm R L
 | * Full Spine
 | * Nieren / bijnieren
 |
| * Pols R L
 |  | * Enterografie
 |
| * Hand R L
 |  | * Defaecografie
 |
| * Vinger R L
 | **NEURO / ORL** | * Rectum
 |
| * SIG
 | * Hersenen
 | * Anale fistel
 |
| * Heup R L
 | * Craniale zenuwen : …
 | * Prostaat
 |
| * Bovenbeen R L
 | * fMRI
 | * Vrouwelijk bekken
 |
| * Knie R L
 | * Hypofyse
 | * Pelvimetrie
 |
| * Onderbeen R L
 | * Fossa posterior
 |  |
| * Enkel R L
 | * Orbita
 |  |
| * Voet R L
 |  | **ANGIO-MR** |
|  | * Rotsbeenderen
 | * Circulus van Willis
 |
| **CARDIO-MR** | * MFM
 | * Halsvaten
 |
| * Cardio
 | * TMG
 | * Aorta
 |
|  | * Hals
 | * Nierarteries
 |
| **MAMMO-MR** | * Plexus brachialis
 | * Abdomen
 |
| * Parenchym
 |  | * Onderste ledematen
 |
| * Prothese
 |  |  |

|  |
| --- |
| 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.). |