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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patiëntenklever :** | Heeft u een pacemaker of defibrillator ?  Heeft u een deep brain stimulator ?  Heeft u een neuro- of zenuwstimulator ?  Heeft u een pijn – of insulinepomp ?  Heeft u een blaasstimulator of penisimplantaat ?  Heeft u een cochleair implant ? | Ja / neen  Ja / neen  Ja / neen  Ja / neen  Ja / neen  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 ? ……………………………….  Is het omschreven device MRI-safe op 3 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 : |