|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 :** | 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 / neenJa / neenJa / neenJa / neenJa / neenJa / 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 : |