



# AANVRAAGFORMULIER RADIOLOGIE EN MEDISCHE BEELDVORMING

www.olvz.be

### Campus Aalst

T. RX. 053 72 42 53  
T. CT. 053 72 44 06  
T. MR. 053 72 41 64  
F. 053 72 41 23

### Campus Asse

T. RX./CT. 02 300 62 57  
F. 02 300 62 59

### Medisch Centrum Ninove

T. RX./CT. 054 31 20 10  
F. 054 31 20 15

Dr. E. Kersschot  
Dr. P. Leyman  
Dr. P. Vanhoenacker

Dr. Ph. Simons  
Dr. L. Van Hoe  
Dr. I. Boelaert

Dr. Ph. Van Hover  
Dr. O. Bladt  
Dr. L. Cassiman

Dr. E. Jolie  
Dr. R. Vanheste  
Dr. P. Aerts

Personeel  
 Mutualiteit

Expertise  
 Verzekering

Remgeld  
 Arbeidsongeval

Studie: .....

### Patiëntengegevens (etiket)

### Identificatie aanvragende geneesheer

Naam en voornaam .....	Dokter .....
Adres .....	RIZIV-nr. ....
Geboortedatum .....	Datum en handtekening .....
Geslacht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	(stempel aanvrager verplicht)
Afdeling ..... Kamer .....	
Patiëntnummer .....	

<b>Datum onderzoek:</b> .....	<b>Aangevraagd onderzoek:</b> ..... ..... ..... .....
Kopies naar: .....	
<b>Relevante bijkomende inlichtingen/Risicofactoren</b>	<b>Klinische Inlichtingen :</b> ..... ..... ..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Vroegere allergische reactie op contrastmiddelen	
<input type="checkbox"/> Allergie waarvoor medicatie genomen wordt	
<input type="checkbox"/> Ernstige hartinsufficiëntie	
<input type="checkbox"/> Ernstige nierinsufficiëntie (eGFR < 45 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) (Meest recente eGFR: ..... ml/min/1,73 m <sup>2</sup> van .... / .... / .....)	
<input type="checkbox"/> Hyperthyroidie	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	
<input type="checkbox"/> Astma	
<input type="checkbox"/> Implantaat	
<input type="checkbox"/> Zwanger	
<input type="checkbox"/> Andere: .....	
<b>Modaliteiten patiëntenvoer:</b>	<b>Diagnostische Vraagstelling:</b> ..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Kan niet rechtstaan	
<input type="checkbox"/> Te voet <input type="checkbox"/> Per bed <input type="checkbox"/> Per rolstoel	
<input type="checkbox"/> Niet dringend <input type="checkbox"/> Dringend	<b>Vorige relevante onderzoeken in verband met de diagnostische vraagstelling:</b> <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Echo <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Andere: .....

Dit aanvraagformulier kan pas voor terugbetaling door RIZIV in aanmerking komen, indien alle rubrieken in het oranje correct ingevuld zijn door de aanvragende geneesheer, cfr. RIZIV-bepalingen per 1.3.2013. De normale afwerking van het aangevraagde onderzoek kan vertraging oplopen wanneer dit niet het geval is. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.

# MR VRAGENLIJST

Uw dokter heeft voor u een magnetische resonantie onderzoek aangevraagd.  
Om U in de meest veilige omstandigheden te onderzoeken vragen wij U de volgende vragenlijst in te vullen.

<b>Bent U drager van enige medische apparatuur of implantaten zoals:</b>		
Pacemaker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Vaatclips in de hersenen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Zenuwstimulator	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Gehoorapparaat/Gehoorbeentjesprothese	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Hartklep	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Pijnpompje	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Bent U ooit geopereerd aan uw hart of hoofd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Bent U geopereerd aan de rug?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Bent U houder van een kunstgebit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Hebt U metalen voorwerpen of splinters in uw oog of elders in uw lichaam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Bent U mogelijks zwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Gewicht: .....		