

Huisarts in kopie

**PATIËNTGEGEVENS (etiket)**

**Ik bevestig dat klinische inlichtingen en vraagstelling zijn ingevuld.**  
De aanvragende arts (naam, adres, RIZIV-nummer, handtekening) (\*):

Datum:

Relevante klinische inlichtingen (\*):

Diagnostische vraagstelling (\*):

Voorgestelde onderzoeken (\*):

Gewicht: Lengte:

RX	ECHOGRAFIE	CT	MR
<p><b>OSTEOARTICULAIR</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vinger: ..... L R</p> <p><input type="checkbox"/> Hand L R</p> <p><input type="checkbox"/> Pols L R</p> <p><input type="checkbox"/> Voorarm L R</p> <p><input type="checkbox"/> Elleboog L R</p> <p><input type="checkbox"/> Humerus L R</p> <p><input type="checkbox"/> Schouder L R</p> <p><input type="checkbox"/> Scapula L R</p> <p><input type="checkbox"/> Clavicula L R</p> <p><input type="checkbox"/> Acromio-claviculair L R</p> <p><input type="checkbox"/> Teen: ..... L R</p> <p><input type="checkbox"/> Voet L R</p> <p><input type="checkbox"/> Enkel L R</p> <p><input type="checkbox"/> Calcaneus L R</p> <p><input type="checkbox"/> Onderbeen L R</p> <p><input type="checkbox"/> Knie L R</p> <p><input type="checkbox"/> Femur L R</p> <p><input type="checkbox"/> Heup L R</p> <p><input type="checkbox"/> Bekken: L R</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> liggend</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> staand</p> <p><input type="checkbox"/> Lengtemeting OL</p> <p><input type="checkbox"/> Full leg</p> <p><input type="checkbox"/> CWK</p> <p><input type="checkbox"/> TWK</p> <p><input type="checkbox"/> LWK</p> <p><input type="checkbox"/> Full spine</p> <p><input type="checkbox"/> Sacrum – coccyx</p> <p><input type="checkbox"/> SIG</p> <p><input type="checkbox"/> Axiaal skelet</p> <p><input type="checkbox"/> Sternum</p> <p><input type="checkbox"/> Schedel</p> <p><input type="checkbox"/> Neus</p>	<p><input type="checkbox"/> Abdomen</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> superior</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> inferior</p> <p><input type="checkbox"/> Nieren en blaas</p> <p><input type="checkbox"/> Hals</p> <p><input type="checkbox"/> Thorax</p> <p><input type="checkbox"/> Schedel</p> <p><input type="checkbox"/> Scrotum</p> <p><input type="checkbox"/> Lidmaat: ..... L R</p> <p><b>DUPLEX</b></p> <p><input type="checkbox"/> Halsvaten</p> <p><input type="checkbox"/> Arterieel been L R</p> <p><input type="checkbox"/> Veneus been L R</p> <p><input type="checkbox"/> Arterieel arm L R</p> <p><input type="checkbox"/> Veneus arm L R</p> <p style="text-align: center;"><b>BMD</b></p> <p style="text-align: center;"><u>Cfr. formulier 1307</u></p> <p><b>GYNAECOLOGIE</b></p> <p><input type="checkbox"/> HSG</p> <p><input type="checkbox"/> Mammo-echo</p> <p><input type="checkbox"/> Mammo-echo <i>hoog risico</i></p> <p><input type="checkbox"/> Echo borsten</p> <p><input type="checkbox"/> Echo borsten <i>hoog risico</i></p> <p><input type="checkbox"/> Mammoscreening</p> <p style="padding-left: 20px;">Bevolkingsonderzoek</p> <p><input type="checkbox"/> Harpoen</p> <p><input type="checkbox"/> Tru cut</p> <p><input type="checkbox"/> Vacora</p>	<p><input type="checkbox"/> Hersenen</p> <p><input type="checkbox"/> Stroke</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Hersenen -C</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Perfusie</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Angio halsvaten + intracranieel</p> <p><input type="checkbox"/> Sinussen</p> <p><input type="checkbox"/> Faciaal massief</p> <p><input type="checkbox"/> Rotsbeenderen</p> <p><input type="checkbox"/> Orbitae</p> <p><input type="checkbox"/> Dental CT maxilla</p> <p><input type="checkbox"/> Dental CT mandibula</p> <p><input type="checkbox"/> Hals L R</p> <p><input type="checkbox"/> Thorax L R</p> <p><input type="checkbox"/> Abdomen L R</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> superior</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> inferior</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> volledig</p> <p><input type="checkbox"/> Enterografie</p> <p><input type="checkbox"/> Pelvimetrie</p> <p><input type="checkbox"/> Virtuele coloscopie</p> <p><input type="checkbox"/> CWK: ...</p> <p><input type="checkbox"/> TWK: ...</p> <p><input type="checkbox"/> LWK: ...</p> <p><input type="checkbox"/> Gewricht à blanc: ..... L R</p> <p><input type="checkbox"/> Arthro-CT: ..... L R</p> <p><b>ANGIO-CT</b></p> <p><input type="checkbox"/> Intracranieële vaten</p> <p><input type="checkbox"/> Halsvaten</p> <p><input type="checkbox"/> AV-fistel nefrologie</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Voorarm L R</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Bovenarm L R</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumangiografie</p> <p><input type="checkbox"/> Aorta abdominalis</p> <p><input type="checkbox"/> Aorta thoracalis</p> <p><input type="checkbox"/> Nierarteries</p> <p><input type="checkbox"/> Onderste ledematen</p> <p><input type="checkbox"/> Coronarografie</p> <p style="text-align: center;"><u>Cfr. formulier 1372</u></p>	<p><b>HOOFD/HALS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hersenen -Gd +Gd</p> <p><input type="checkbox"/> Navigatie</p> <p><input type="checkbox"/> Hypofyse</p> <p><input type="checkbox"/> Orbitae</p> <p><input type="checkbox"/> TMG</p> <p><input type="checkbox"/> Hals</p> <p><b>WERVELKOLOM</b></p> <p><input type="checkbox"/> CWK</p> <p><input type="checkbox"/> TWK</p> <p><input type="checkbox"/> LWK</p> <p><input type="checkbox"/> LWK postoperatief</p> <p><input type="checkbox"/> SIG</p> <p><input type="checkbox"/> Plexus brachialis</p> <p><b>ABDOMEN/BORSTEN</b></p> <p><input type="checkbox"/> MRCP</p> <p><input type="checkbox"/> Abdomen superior</p> <p><input type="checkbox"/> Vrouwelijk bekken</p> <p><input type="checkbox"/> Rectum</p> <p><input type="checkbox"/> Anale fistel</p> <p><input type="checkbox"/> Borsten</p> <p><input type="checkbox"/> Borsten <i>hoog risico</i></p> <p><b>GEWRICHTEN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Schouder L R</p> <p><input type="checkbox"/> Elleboog L R</p> <p><input type="checkbox"/> Pols L R</p> <p><input type="checkbox"/> Heup L R</p> <p><input type="checkbox"/> Knie L R</p> <p><input type="checkbox"/> Enkel L R</p> <p><input type="checkbox"/> Voet L R</p> <p><input type="checkbox"/> Lidmaat: ..... L R</p> <p style="text-align: right;"><b>ANDERE</b></p> <p style="text-align: right;">.....</p>

Vorige relevante onderzoeken in verband met de diagnostische vraagstelling (\*):

- CT       MR       RX       Echo
- Andere: .....

Belangrijke opmerkingen:

- Besmettingsgevaar       Allergie contraststof
- Diabetes       Zwangerschap
- Elektronisch en/of metalen implantaat of vreemd voorwerp: .....

**Nierfunctie:**      **GFR:** .....      ...../...../201.

Verplicht invullen voor alle CT-onderzoeken met intraveneus contrast én MR-angio. Bij ontbreken van GFR zal het onderzoek mogelijk zonder contrast worden uitgevoerd.

De aanvragende arts is verantwoordelijk voor de vermelde nierfunctie.

(\*) Alle vermeldingen op het aanvraagformulier voor een onderzoek zijn verplicht en dienen ingevuld te worden, anders kan/mag het onderzoek niet uitgevoerd worden (cfr. artikel 17 en 17bis van de nomenclatuur geneeskunde verstrekkingen). Maak één aanvraag per diagnostische vraagstelling.