



Sint-Maarten

algemeen ziekenhuis
emmaüs

Liersesteenweg 435 - 2800 Mechelen

Afspraken: 015 89 10 11 - inlichtingen: 015 89 10 10

Fax: 015 89 40 50

BESMET

- ☐ MRSA ☐ Neus / Keel / Perineum (1)
☐ Wonde ☐ Open (2) ☐ Gesloten (1)
- ☐ CPE (3)
☐ Clostridium (4)
☐ TBC (5)
☐ Andere

Aanvraagformulier medische beeldvorming RX – NMR – CT – Echo – Duplex

(volgens KB art. 17 en 17bis NGV)

Eén apart aanvraagformulier per klinische vraagstelling. INVULLEN ALLE VAKKEN VERPLICHT!

Dit aanvraagformulier komt pas voor terugbetaling door RIZIV in aanmerking indien alle rubrieken correct zijn ingevuld 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.

patiëntidentificatieklever

Naam:

Adres:

Opnamenummer:

Uniek nummer:

☐ Eenheid:

☐ Kamer:

☐ DNR-code:

☐ Gaand

☐ Zittend

☐ Liggend

☐ Gewicht: kg

☐ Lengte: m

VORIGE RELEVANTE ONDERZOEK(EN) IVM DE DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING:

☐ CT ☐ NMR ☐ RX ☐ Echografie ☐ Andere: ☐ Onbekend

CONTRAST: mag **geen** contrast krijgen wegens:

AANWEZIGE RISICOFACTOREN:

- ☐ **ernstige nierinsufficiëntie** (serumcreatinine > 200 nmol/ml of > 2,26 mg/dl) mg/dl
- ☐ **iodiumallergie**
- ☐ vroegere reactie op contrastmiddelen:
- ☐ atopie (astma, bewezen allergie, eczeem, netelkoorts,)
- ☐ diabetes mellitus met microangiopathie
- ☐ ziekte van Kahler
- ☐ zwangerschap
- ☐ pacemaker of pacemakerdraden (enkel bij NMR)
- ☐ metaal in oog / kunstoog met magneet (enkel bij NMR)
- ☐ intracraniale clips (enkel bij NMR)
- ☐ metaalbewerker (enkel bij NMR)
- ☐ metalen implant of pompen (enkel bij NMR)
- ☐ cochlea-implant (enkel bij NMR)
- ☐ neurostimulator (enkel bij NMR)
- ☐ heerkundige clips (enkel bij NMR)
- ☐ glucosesensor
- ☐ insuline- of morfinepomp
- ☐ hartklep type: serienr.: MR compatibel ja / nee dr.

Patiëntgegevens zie voorzijde

Eén apart aanvraagformulier per klinische vraagstelling. INVULLEN ALLE VAKKEN VERPLICHT!

RELEVANTE KLINISCHE INLICHTINGEN:

DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING:

VOORGESTELD(E) ONDERZOEK(EN):

DATUM ONDERZOEK:

AANVRAGENDE ARTS

Naam:

Voornaam:

Adres:

.....

RIZIV nummer:

stempel - datum - handtekening