

AANVRAAGFORMULIER CT

PER KLINISCHE VRAAGSTELLING IS EEN APART AANVRAAGFORMULIER VEREIST!

IDENTIFICATIE VAN DE PATIENT (*):

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

Geslacht: M V

AANVRAGENDE ARTS (*):

(naam, voornaam, adres en RIZIV-nummer zijn verplicht)

Datum:

Handtekening:

RELEVANTE KLINISCHE INLICHTINGEN (*):

DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING (*):

RELEVANTE BIJKOMENDE INLICHTINGEN (*):

- Allergie implantaat:
- Diabetes Hepatitis B/C
- Nierinsufficiëntie (nierfunctie: eGFR, creatinine:)
- Zwangerschap MRSA
- HIV Andere:

VORIGE RELEVANTE ONDERZOEKEN I.V.M. DE DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING (*):

- RX ECHO
- CT NMR
- Onbekend
- Andere:

VOORGESTELD(E) ONDERZOEKEN CT (*):

CT

- CT hersenen
- CT sinussen (kinderen tot 8 j.)
- CT rotsbeenderen
- CT hals
- CT thorax
- CT abdomen
- CT thorax-bovenbuik
- CT thorax-abdomen
- CT virtuele coloscopie
- CT cervicale wervels, niveau
- CT dorsale wervelzuil, niveau
- CT lumbale wervels, niveau
- CT sacroiliacale gewrichten
- CT lidmaat R L Welk?
- CT total body (meta's)
- CT trauma
- CT cardio
- CT angio thoracale aorta
- hals
- OL/BL
- abdom. aorta
- nierarteries
- andere:

CONE BEAM CT

- tanden
- bovenkaak
- onderkaak
- implantaten
- kaakgewricht
- sinussen
- trauma
- andere:

ARTRO CT

- schouder R L
- knie
- enkel
- elleboog

Indien het CT-onderzoek binnen de 30 dagen wordt herhaald, dient de reden hiervoor vermeld te worden in het medisch dossier.

VERVOERSWIJZE PATIENT:

- met bed in rolstoel te voet op kamer

Dit aanvraagformulier komt pas voor terugbetaling door het RIZIV in aanmerking als alle verplichte rubrieken (aangeduid met (*)) correct ingevuld zijn door de aanvragende arts (cfr. RIZIV-bepalingen per 01/03/2013). Indien dit niet het geval is, kan de normale afwerking van het aangevraagde onderzoek vertraging oplopen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.

VRAGENLIJST CT-ONDERZOEKEN

Wat is uw gewicht?

Wat is uw lengte?

Wat zijn uw klachten?

Bij onderstaande vragen omcirkelen wat van toepassing is:

- Heeft u ooit een foto laten maken of een onderzoek onder de scanner ondergaan waarbij een contraststof werd toegediend via een bloedvat? Ja Neen
Zo ja, heeft u toen allergisch gereageerd? Ja Neen
Welke reactie?
Huiduitslag, ademhalingsproblemen, bewustzijnsverlies, zwelling aangezicht (omcirkel wat van toepassing is).
Andere:
Hoelang geleden had u deze reactie?
- Heeft u ooit een zware allergische reactie gehad, bijvoorbeeld ademhalingsproblemen, zwelling aangezicht, hartstilstand ...? Ja Neen
Zo ja, op wat?
- Heeft u een verminderde werking van de nieren? Ja Neen
- Heeft u suikerziekte (diabetes)? Ja Neen
Moet u hiervoor een van de volgende geneesmiddelen (tabletten) innemen:
Glucophage®, Metformine®, Glucovance®, Metformax®? Ja Neen
- Bent u zwanger? Ja Neen
- Andere belangrijke bemerkingen?

Naam en voornaam:

Datum:

Gelezen en goedgekeurd,
(handtekening)