

AANVRAAGFORMULIER ANGIO/INTERVENTIE

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 (*):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> implantaat: |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis B/C |
| <input type="checkbox"/> Nierinsufficiëntie
(nierfunctie: eGFR, creatinine: | <input type="checkbox"/> MRSA |
| <input type="checkbox"/> Zwangerschap | <input type="checkbox"/> Andere: |
| <input type="checkbox"/> HIV | |

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

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RX | <input type="checkbox"/> ECHO |
| <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> NMR |
| <input type="checkbox"/> Onbekend | |
| <input type="checkbox"/> Andere: | |

VOORGESTELD(E) ONDERZOEKEN ANGIOGRAFIE/INTERVENTIE (*):

ANGIOGRAFIE

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> arteriografie | <input type="checkbox"/> arcus/hals |
| | <input type="checkbox"/> cerebraal |
| | <input type="checkbox"/> renaal |
| | <input type="checkbox"/> visceraal |
| | <input type="checkbox"/> aorta + OL |
| | <input type="checkbox"/> BL re // li |
| <input type="checkbox"/> flebografie | <input type="checkbox"/> OL re // li |
| | <input type="checkbox"/> BL re // li |
| <input type="checkbox"/> katheterografie PAC | |
| <input type="checkbox"/> fistulografie AV-fistel | |

CT

regio:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> punctiebiopsie |
| <input type="checkbox"/> drainage |
| <input type="checkbox"/> RFA |
| <input type="checkbox"/> instillatie |

**CONTROLE STOLLINGSPARAMETERS
VÓÓR HET ONDERZOEK!!!**

INTERVENTIES

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> trombolyse | <input type="checkbox"/> veneus |
| | <input type="checkbox"/> arterieel |
| <input type="checkbox"/> dilatatie en/of stentplaatsing | |
| <input type="checkbox"/> embolisatie/chemo-embolisatie | |
| <input type="checkbox"/> thermo-ablatie/RFA | |
| <input type="checkbox"/> transjugulaire leverbiopsie | |
| <input type="checkbox"/> TIPSS | |
| <input type="checkbox"/> PTCD | |
| <input type="checkbox"/> lumbaal punctie | |
| <input type="checkbox"/> drainage vochtcollectie | |

VERVOERSWIJZE PATIENT:

Vervoer patiënt steeds met bed!!

geen kopij aan huisarts

Dit aanvraagformulier komt pas voor terugbetaling door het RIZIV in aanmerking als alle verplichte rubrieken (aangeduid met (*)) correct ingevuld zijn door de aanvrager 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.