

AANVRAAGFORMULIER RX (Echo zie keerzijde)

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
 Nierinsufficiëntie Hepatitis B/C
(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 (*):

RX

BOVENSTE LEDEMATEN

- vinger R L
 hand R L
 pols R L
 voorarm R L
 elleboog R L
 bovenarm R L
 schouder R L
 sleutelbeen R L
 schouderblad R L

ONDERSTE LEDEMATEN

- tenen R L
 voet R L
 enkel R L
 onderbeen R L
 knie R L
 bovenbeen R L
 heup R L
 bekken liggend
 bekken staand
 bekken orth.

OVERZICHT

- full leg
 full spine
 dialyseskelet
 axiaalskelet

UROLOGIE

- nierstreek/blaaasstreek
 IVU
 cysto-urethrografie
 nefrostomagram

SCHEDEL

- schedel
 sinussen
 neus
 orbita
 maxilla
 mandibula
 hals weke delen/adenoïden
 TMJ

THORAX

- thorax
 thorax pediatrie
 thorax aan bed
 sternum
 ribben R L

WERVELZUIJL

- cervicale wervelzuil
 dorsale wervelzuil
 lumbale wervelzuil
 sacrale wervelzuil
 SIG

SPIJSVERTERING - GALWEGEN

- abdomen liggend staand
 slikfunctie
 slokdarm
 slokdarm maag duodenum
 slokdarm-maag-duod-transit
 transit
 colon
 defaecografie/CCD
 ERCP

RX-CONTRASTINJECTIE

- RX controle katheter (Port-à-cath, hemodialysekatheter ...)

VERVOERSWIJZE PATIENT:

- met bed in rolstoel te voet op kamer

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 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.

**Sint-Trudo Ziekenhuis**Diestersteenweg 100
3800 Sint-TruidenSecretariaat radiologie:

t: 011 69 92 75

f: 011 69 92 90

AANVRAAGFORMULIER ECHO (RX zie keerzijde)

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 (*):**ECHO****ECHOGRAFIE**

- schedel zuigeling
- oog
- heupen dysplasie
- hals-schildklier
- bovenbuik
- lever/galblaas
- totaal abdomen
- urinair stelsel
- vrouwelijk bekken
- mannelijk bekken
- scrotum
- prostaat endorectaal
- echo thorax
- ledematen R L

DOPPLERECHOGRAFIE

- veneus OL R L
- veneus BL R L
- arterieel OL R L
- arterieel halsvaten
- nieren-hypertensie
- viscerale vaten
- AV-fistel dialyse
- pre-fistel mapping
- transplantnier

ECHOGELEIDE INTERVENTIES

- cytologische punctie
- tru-cut biopsie
- drainage vochtcollectie
- transhepatische drainage
- needling
- instillatie

GYNAECOLOGIE

- hystero-salpingografie
- mammografie
- mammografie high risk
- echo borsten
- echo borsten high risk
- galactografie
- sentinel
- harpoen

VERVOERSWIJZE PATIENT:

-
- met bed
-
- in rolstoel
-
- te voet
-
- op kamer

 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 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.