

AANVRAAGFORMULIER MRI

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: | <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"/> MRI |
| <input type="checkbox"/> Onbekend | |
| <input type="checkbox"/> Andere: | |

VOORGESTELD(E) ONDERZOEKEN NMR (*):

NEURO/ORL

- hals
- hersenen
- hypofyse
- fossa posterior/rotsbeenderen
- orbitae
- craniale zenuwen
- MFM
- Plexus brachialis
- TMG

WERVELKOLOM

- cervicale wervelkolom
- thoracale wervelkolom
- lumbale wervelkolom
- sacrale wervelkolom
- SIG
- full spine

MAMMO

- mammo
- mammo borstprothese
- mammo high risk

ABDOMEN

- lever
- pancreas
- galwegen/MRCP
- nieren
- bijnieren
- anale fistel
- rectum
- vrouwelijk bekken
- prostaat
- defaecografie
- enterografie

ANGIO

- cirkel van Willis
- carotiden
- aorta thoracalis
- aorta abdominalis
- renale arteries
- OL
- andere:

MUSCULOSKELETAAL

- bekken
- heup R L
- bovenbeen R L
- onderbeen R L
- knie R L
- enkel R L
- voet R L
- schouder R L
- bovenarm R L
- voorarm R L
- elleboog R L
- pols R L
- hand R L

ARTRO

- heup R L
- schouder R L
- pols R L
- ander

Op MRI slechts 1 onderzoek per dag en per regio.
Indien mogelijk de vragenlijst vooraf invullen a.u.b.

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 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.

VRAGENLIJST MRI

Uw arts heeft een MRI-onderzoek aangevraagd. In het onderzoekslokaal is een sterk magnetisch veld aanwezig. **Alle metalen voorwerpen (ook uw uurwerk) EN bankkaarten dienen daarom in de kleedcabine te blijven.** Om in de meest veilige omstandigheden het onderzoek te kunnen uitvoeren, vragen wij u volgende vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen.

Wat zijn uw huidige klachten?

Heeft u ooit eerder al een NMR-onderzoek gehad? JA/NEEN

Zo ja, welk, waar en wanneer?

Wat is uw gewicht en uw lengte? kg m

Bij onderstaande vragen omcirkelen wat van toepassing is:

- Heeft u een pacemaker, pacemakerdraden of een ingeplante defibrillator? Ja Neen
- Heeft u een tandprothese (kunstgebit, implantaten) Ja Neen
Indien u een implantaat heeft, is dit magnetisch vastgemaakt? Ja Neen
- Heeft u een hoorapparaat? Ja Neen
- Bent u geopereerd aan:
 - Hart/bloedvaten:
 - Heeft u een metalen hartklep? Ja Neen
 - Bent u de laatste 6 weken geopereerd aan het hart/bloedvat? Ja Neen
 - Hersenen:
 - Clip voor bloedvatverbreding (aneurysma)? Ja Neen
 - Hersenstimulator? Ja Neen
 - Gehoorimplant (cochleair implant)? Ja Neen
 - Ventrikeldrain? Ja Neen
 - Rug:
 - Zenuwstimulator (tegen pijn)? Ja Neen
 - Discus? Ja Neen
 - Knie:
 - Meniscus? Ja Neen
 - Kraakbeen? Ja Neen
 - Welke zijde? Rechts Links
 - Andere operaties?
Zo ja welke, waar en wanneer?

- Heeft u een medicatiepomp (bv. insuline, morfine ...) of glucosesensor? Ja Neen
- Werd bij u een medicatieklever aangebracht? Ja Neen
- Heeft u een tatoeage, permanente oogmake-up of een piercing? Ja Neen
- Heeft u orthopedisch materiaal in het lichaam (bv. prothese knie/heup, nagels, schroeven ...)? Ja Neen
- Heeft u nog op andere plaatsen implantaten? Zo ja, welke, waar?

- Bent u of was u metaalbewerker of heeft u metaalsplinters in het lichaam? Ja Neen
- Bent u zwanger? Ja Neen
- Geeft u borstvoeding? Ja Neen
- Heeft u nierproblemen? Ja Neen
- Bent u claustrofoob (angst in kleine ruimtes)? Ja Neen

Naam en voornaam:

Datum:

Gelezen en goedgekeurd,
(handtekening)