

Identificatie van patiënt
(invullen/strookje V.I./sticker)

Naam :
Voornaam :
Geboortedatum :
Geslacht : Mannelijk Vrouwelijk



AANVRAAGFORMULIER DIENST RADIOLOGIE

www.sfz.be/radiologie

Per klinische vraagstelling is één aanvraagformulier vereist

Sint-Franciskusziekenhuis
Pastoor Paquaylaan 129
3550 Heusden-Zolder
Tel. : 011/71 55 29 ; Fax : 011/71 56 83
Email : secretariaat.rx@sfz.be

Medisch Centrum Beringen
Hospitaalstraat 27
3582 Beringen
Tel. : 011/71 56 10 ; Fax : 011/71 56 02
Email : radiologieberingen@sfz.be

Relevante klinische inlichting(en)*

Diagnostische vraagstelling*

Voorgestelde onderzoeken*

Vorige relevante onderzoek(en) ivm diagnostische vraagstelling*

CT NMR RX Echografie
 Onbekend Andere :

Relevante bijkomende inlichtingen* :

Bij contrastonderzoeken

- Vroegere allergische reactie op contrast
- Allergische constitutie
- Nierinsufficiëntie
Creatinine: / (e)GFR:
- Ziekte van Kahler
- Borstvoeding
- Orale antidiabetica
- Hartinsufficiëntie
- Andere :
.....
.....

Belangrijke opmerkingen :

- Mogelijke zwangerschap
 - Implantaten
 - Besmettingsgevaar
 - Isolatiepatiënt
 - RX aan bed
 - Vervoer patiënt : te voet
rolstoel
bed
 - Valrisico : hoog / laag
 - Bij drainage, biopsie of punctie: PT:
- Controle stollingsparameters voor het onderzoek**

Handtekening + stempel aanvragende arts*
(naam, voornaam, adres, RIZIV-nr)

Indien belet gelieve minstens 48u op voorhand te annuleren op bovenstaande nummers, zoniet wordt een administratieve kost aangerekend

Datum* :

KOPIE VERSLAG HUISARTS :

Akkoord uitvoering voorgestelde onderzoeken :

Handtekening patiënt :

DEZE AANVRAAG MEEBRENGEN AUB !