

Dr. P. DOCHY - RADIOLOGIE

B. Ruzettelaan 269 - 8310 Assebroek
Tel. **050 35 74 31** - Fax 050 37 27 98
www.drdochy.be - pdochy@skynet.be

Aanvraagformulier voor een onderzoek medische beeldvorming
Eén aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist.
ALLE rubrieken dienen VERPLICHT ingevuld te worden.

Identificatie van de patiënt(e) *(invullen of strookje V.I.)*

Naam en voornaam:

Geboortedatum:

Geslacht: Vrouwelijk Mannelijk

Voorgesteld(e) onderzoek(en)

Spijsverteringsstelsel <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Abdomen liggend en staand <input type="checkbox"/> Slokdarm <input type="checkbox"/> Slokdarm - maag - duod <input type="checkbox"/> Slokdarm - maag dunne darm - transit <input type="checkbox"/> Colon + dubbel contract <input type="checkbox"/> Slikmechanisme - Hypofarynx	Beenderstelsel <input type="checkbox"/> Vinger - hand R - L <input type="checkbox"/> Pols R - L <input type="checkbox"/> Voorarm - elleboog R - L <input type="checkbox"/> Bovenarm R - L <input type="checkbox"/> Schouder, scapula, clavicula R - L <input type="checkbox"/> Teen - voet R - L <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Stress R - L <input type="checkbox"/> Onderbeen R - L <input type="checkbox"/> Knie R - L <input type="checkbox"/> Knie + Axiaal + Condyl R - L <input type="checkbox"/> Heup R - L <input type="checkbox"/> Femur R - L <input type="checkbox"/> Bekken <input type="checkbox"/> Ribben R - L <input type="checkbox"/> Sternum R - L <input type="checkbox"/> Lengtemeting onderste ledematen (scaniometrie) <input type="checkbox"/> Beenderleeftijd R - L <input type="checkbox"/> Full-leg	Kleurendoppler van <input type="checkbox"/> Halsvaten <input type="checkbox"/> Onderste ledematen <input type="checkbox"/> Bovenste ledematen <input type="checkbox"/> Venus <input type="checkbox"/> Arterieel <input type="checkbox"/> Abdominale vaten
Urologie <input type="checkbox"/> Overzicht abdomen <input type="checkbox"/> I.V.P. inf.		Echografie <input type="checkbox"/> Abdomen superior <input type="checkbox"/> Lever - galblaas - pancreas <input type="checkbox"/> Kleine bekken <input type="checkbox"/> Kleine bekken endovaginaal <input type="checkbox"/> Weke delen <input type="checkbox"/> Scrotum <input type="checkbox"/> Zwangerschap <input type="checkbox"/> Borsten <input type="checkbox"/> Nieren <input type="checkbox"/> Prostaat endorectaal <input type="checkbox"/> Ledematen <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> Schildklier <input type="checkbox"/> Schouder <input type="checkbox"/> Spier <input type="checkbox"/> Spier <input type="checkbox"/> Andere
Ademhalingsstelsel <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Trachea + larynx		
Schedel <input type="checkbox"/> Schedel standaard <input type="checkbox"/> Sinussen + Adenoïden <input type="checkbox"/> Maxilla - Mandibula <input type="checkbox"/> Rotsbeenderen <input type="checkbox"/> Neusbeentje <input type="checkbox"/> Orbitae <input type="checkbox"/> Kaakgewrichten <input type="checkbox"/> Speekselklierstreek <input type="checkbox"/> Sinussen conebeam CT	Wervelzuil <input type="checkbox"/> CWZ <input type="checkbox"/> DWZ <input type="checkbox"/> LWZ + bekken staande <input type="checkbox"/> Sacro-iliacale gewrichten <input type="checkbox"/> Sacrum coccyx <input type="checkbox"/> Full Spine F of F.P. <input type="checkbox"/> Functionele opnamen	
Orthopantomogram <input type="checkbox"/> Overzicht tanden <input type="checkbox"/> Tele schedel profiel <input type="checkbox"/> Dentascan	<input type="checkbox"/> Botdensitometrie	Gynecologie - Senologie <input type="checkbox"/> Diagnostische mammografie + evt. echo <input type="checkbox"/> Screeningsmammografie (2 jaarlijks patiënt 50-70 j.) <input type="checkbox"/> Echo uterus + ovaria

Relevante klinische inlichtingen

Diagnostische vraagstelling

Relevante bijkomende inlichtingen

Allergie Diabetes Nierinsufficiëntie Zwangerschap Implantaat Andere:

Vorig(e) relevant(e) onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling

CT NMR RX Echografie Andere: Onbekend

Stempel voorschrijver *

Datum:
Handtekening:

* Stempel voorschrijver met vermelding van naam, voornaam, adres en RIZIV-nummer.