



|                             |                              |                             |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <b>Campus Wilgenstraat</b>  | <b>Campus Brugsesteenweg</b> | <b>Campus Menen</b>         |
| Secretariaat : 051 23 70 19 | Secretariaat : 051 23 61 50  | Secretariaat : 056 52 23 47 |
| radiologie.wilg@azdelta.be  | radiologie.brug@azdelta.be   | radiologie.menen@azdelta.be |

|                        |                                |
|------------------------|--------------------------------|
| <i>Patiëntenklever</i> | <b>STEMPEL AANVRAGEND ARTS</b> |
|                        | Datum :                        |
|                        | Handtekening :                 |

|  |  |                                       |                                       |   |                                   |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> contrastallergie I  | <input type="checkbox"/> pacemaker         | <input type="checkbox"/> pijnpomp     | <input type="checkbox"/> zwanger      | <input type="checkbox"/> MRSA                             | <input type="checkbox"/> te voet  |
| <input type="checkbox"/> contrastallergie Gd | <input type="checkbox"/> neurostimulator   | <input type="checkbox"/> insulinepomp | <input type="checkbox"/> borstvoeding | <input type="checkbox"/> TBC                              | <input type="checkbox"/> bed      |
| <input type="checkbox"/> nierinsufficiëntie  | <input type="checkbox"/> cochleair implant | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/> rolstoel |
| <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> monitoring / beademend / tractie |                                   |

**Klinische inlichtingen :** .....

**Diagnostische vraagstelling :** .....

**Relevante voorgaande onderzoeken :** .....

**SLECHTS 1 ONDERZOEK AANKRUISEN AUB !**

| <b>MUSCULOSKELETAAL</b>                | <b>WERVELKOLOM</b>                              | <b>ABDOMEN</b>                               |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schouder R L  | <input type="checkbox"/> CWZ                    | <input type="checkbox"/> Lever               |
| <input type="checkbox"/> Bovenarm R L  | <input type="checkbox"/> DWZ                    | <input type="checkbox"/> MRCP                |
| <input type="checkbox"/> Elleboog R L  | <input type="checkbox"/> LWZ                    | <input type="checkbox"/> Pancreas            |
| <input type="checkbox"/> Voorarm R L   | <input type="checkbox"/> Full Spine             | <input type="checkbox"/> Nieren / bijniere   |
| <input type="checkbox"/> Pols R L      |   | <input type="checkbox"/> Enterografie        |
| <input type="checkbox"/> Hand R L      |   | <input type="checkbox"/> Defaecografie       |
| <input type="checkbox"/> Vinger R L    | <b>NEURO / ORL</b>                              | <input type="checkbox"/> Rectum              |
| <input type="checkbox"/> SIG           | <input type="checkbox"/> Hersenen               | <input type="checkbox"/> Anale fistel        |
| <input type="checkbox"/> Heup R L      | <input type="checkbox"/> Craniale zenuwen : ... | <input type="checkbox"/> Prostaat            |
| <input type="checkbox"/> Bovenbeen R L | <input type="checkbox"/> fMRI                   | <input type="checkbox"/> Vrouwelijk bekken   |
| <input type="checkbox"/> Knie R L      | <input type="checkbox"/> Hypofyse               | <input type="checkbox"/> Pelvimetrie         |
| <input type="checkbox"/> Onderbeen R L | <input type="checkbox"/> Fossa posterior        |  |
| <input type="checkbox"/> Enkel R L     | <input type="checkbox"/> Orbita                 |  |
| <input type="checkbox"/> Voet R L      |   | <b>ANGIO-MR</b>                              |
|  | <input type="checkbox"/> Rotsbeenderen          | <input type="checkbox"/> Circulus van Willis |
| <b>CARDIO-MR</b>                       | <input type="checkbox"/> MFM                    | <input type="checkbox"/> Halsvaten           |
| <input type="checkbox"/> Cardio        | <input type="checkbox"/> TMG                    | <input type="checkbox"/> Aorta               |
|  | <input type="checkbox"/> Hals                   | <input type="checkbox"/> Nierarteries        |
| <b>MAMMO-MR</b>                        | <input type="checkbox"/> Plexus brachialis      | <input type="checkbox"/> Abdomen             |
| <input type="checkbox"/> Parenchym     |   | <input type="checkbox"/> Onderste ledematen  |
| <input type="checkbox"/> Prothese      |   |  |