



**RADIOLOGIE  
RX-US-CT-IR**

DR. M. BAEKELANDT – DR. K. BOEREN - DR. S. BRIJS - DR. I. CREVITS – DR. G. DEBAKKER - DR. R. DE MAN – DR. F. GOVAERE - DR. S. GRYSPEERDT – DR. M. HERMAN – DR. E. LARIDON – DR. PH. LEFERE – DR. J. MARRANNES – DR. F. ROSSEEL – DR. T. RYCKAERT – DR. A. TIELEMAN - DR. B. VAN HOLSBEECK – DR. D. VIOLON

| Campus Wilgenstraat         | Campus Brugsesteenweg       | Campus Menen                |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 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 |

|                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| <b>Patiëntenklaver</b> | <b>STEMPEL AANVRAGENDE ARTS</b> |
|                        | Datum :<br><br>Handtekening :   |

|   |                                       |  |                                       |  |                                   |
|---|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> contrastallergie I | <input type="checkbox"/> preoperatief | <input type="checkbox"/> diabetes        | <input type="checkbox"/> zwanger      | <input type="checkbox"/> MRSA                              | <input type="checkbox"/> te voet  |
| <input type="checkbox"/> nierinsufficiëntie | <input type="checkbox"/> voor ontslag | <input type="checkbox"/> anticoagulantia | <input type="checkbox"/> borstvoeding | <input type="checkbox"/> TBC                               | <input type="checkbox"/> bed      |
| <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> rolstoel |
| <input type="checkbox"/> dringend +++       | <input type="checkbox"/> dringend ++  | <input type="checkbox"/> dringend +      | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> monitoring / beademdend / tractie |                                   |

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

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

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

| SKELET   | ADEMHALING   | CT-SCAN                                      | ECHOGRAFIE                                       |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Duim R L                  | <input type="checkbox"/> Thorax Bobby                | <input type="checkbox"/> CT schedel          | <input type="checkbox"/> Abdomen                 |
| <input type="checkbox"/> Vinger II III IV V R L    | <input type="checkbox"/> Thorax Face                 | <input type="checkbox"/> CT MFM              | <input type="checkbox"/> Klein bekken            |
| <input type="checkbox"/> Hand R L                  | <input type="checkbox"/> Thorax F/P                  | <input type="checkbox"/> CT sinussen         | <input type="checkbox"/> Lever – galblaas        |
| <input type="checkbox"/> Pols R L                  | <input type="checkbox"/> Ribbenrooster R L           | <input type="checkbox"/> CT dental           | <input type="checkbox"/> Pancreas – milt         |
| <input type="checkbox"/> Voorarm R L               | <input type="checkbox"/> Sternum                     | <input type="checkbox"/> CT rotsbeenderen    | <input type="checkbox"/> Nieren - Blaas          |
| <input type="checkbox"/> Elleboog R L              | <input type="checkbox"/> Hals weke delen             | <input type="checkbox"/> CT hals             | <input type="checkbox"/> Aorta                   |
| <input type="checkbox"/> Humerus R L               |  | <input type="checkbox"/> CT thorax           | <input type="checkbox"/> Lidmaat R L             |
| <input type="checkbox"/> Schouder R L              | <b>GASTRO-INTESTINAAL</b>                            | <input type="checkbox"/> CT abdomen          | <input type="checkbox"/> Schedelinhoud           |
| <input type="checkbox"/> Scapula R L               | <input type="checkbox"/> Abdomen liggend /staand     | <input type="checkbox"/> CT bovenbuik        | <input type="checkbox"/> Hals                    |
| <input type="checkbox"/> Clavicula R L             | <input type="checkbox"/> Diafragmakoepels            | lever pancreas nieren                        | <input type="checkbox"/> Thorax                  |
| <input type="checkbox"/> ACG R L                   | <input type="checkbox"/> Slikfunctie                 | <input type="checkbox"/> CT onderbuik        | <input type="checkbox"/> Borsten                 |
| <input type="checkbox"/> Teen I II III IV V R L    | <input type="checkbox"/> Slokdarm                    | <input type="checkbox"/> CT urografie        | <input type="checkbox"/> Scrotum                 |
| <input type="checkbox"/> Voet R L                  | <input type="checkbox"/> SMD                         | <input type="checkbox"/> CT virtuele colo    |  |
| <input type="checkbox"/> Enkel R L                 | <input type="checkbox"/> Transit                     | <input type="checkbox"/> CT CWZ              | <b>DUPLEX DOPPLER</b>                            |
| <input type="checkbox"/> Onderbeen R L             | <input type="checkbox"/> Cholangiografie             | <input type="checkbox"/> CT DWZ              | <input type="checkbox"/> Carotiden               |
| <input type="checkbox"/> Knie R L                  | <input type="checkbox"/> ERCP                        | <input type="checkbox"/> CT LWZ              | <input type="checkbox"/> Carotiden + vertebraals |
| <input type="checkbox"/> staand patellair tunnel   | <input type="checkbox"/> ERCP + papillotomie         | <input type="checkbox"/> CT lidmaat          | <input type="checkbox"/> Abdomen / pelvis        |
| <input type="checkbox"/> Femur R L                 | <input type="checkbox"/> Colon inloop                | <input type="checkbox"/> CT gewricht         | <input type="checkbox"/> Lidmaat arterieel R L   |
| <input type="checkbox"/> Heup R L                  | <input type="checkbox"/> Defaecografie               | <input type="checkbox"/> CT artro            | <input type="checkbox"/> Lidmaat veneus R L      |
| <input type="checkbox"/> Bekken liggend staand     | <input type="checkbox"/> Peritoneografie             | <input type="checkbox"/> CT patellofemorale  | <input type="checkbox"/> Controle lidmaat R L    |
| <input type="checkbox"/> SIG                       | <input type="checkbox"/> Fistulografie               |  |  |
| <input type="checkbox"/> Sacrum / coccyx           |  | <b>ANGIO-CT</b>                              | <b>INTERVENTIONEEL</b>                           |
| <input type="checkbox"/> CWZ F/P ¼ FLE/EXT         | <b>UROLOGIE</b>                                      | <input type="checkbox"/> Circulus van Willis | <input type="checkbox"/> Punctie                 |
| <input type="checkbox"/> DWZ                       | <input type="checkbox"/> Nierstreek enkel            | <input type="checkbox"/> Halsvaten           | <input type="checkbox"/> Vacuumbiopsie           |
| <input type="checkbox"/> LWZ F/P ¼ FLE/EXT         | <input type="checkbox"/> IV urografie                | <input type="checkbox"/> Longembolen         | <input type="checkbox"/> Tc injectie             |
| <input type="checkbox"/> Full spine F F/P          | <input type="checkbox"/> Cystografie                 | <input type="checkbox"/> Coronarografie      | <input type="checkbox"/> Drainage                |
| <input type="checkbox"/> Scannografie OL as lengte | <input type="checkbox"/> Cystografie permictioneel   | <input type="checkbox"/> Aorta abdominalis   | <input type="checkbox"/> Artrografie             |
| <input type="checkbox"/> Schedel                   | <input type="checkbox"/> Opstijgende pyelografie R L | <input type="checkbox"/> Aorta thoracalis    | <input type="checkbox"/> Discografie             |
| <input type="checkbox"/> Neus                      | <input type="checkbox"/> Urethrografie               | <input type="checkbox"/> Nierarteries        | <input type="checkbox"/> Angiografie             |
| <input type="checkbox"/> MFM / orbita              | <input type="checkbox"/> Nefrostomogram R L          | <input type="checkbox"/> Bovenste ledematen  | <input type="checkbox"/> Trombolyse              |
| <input type="checkbox"/> Sinussen                  |  | <input type="checkbox"/> Onderste ledematen  | <input type="checkbox"/> Embolisatie             |
| <input type="checkbox"/> kaakgewrichten            | <b>GYNECOLOGIE</b>                                   |  | <input type="checkbox"/> Nefrostomie             |
|  | <input type="checkbox"/> Mammografie R L             |  | <input type="checkbox"/> PTC                     |
| <input type="checkbox"/> Botdensitometrie          | <input type="checkbox"/> Hysterosalpingografie       |  | <input type="checkbox"/> Andere                  |

Dit aanvraagformulier komt maar voor terugbetaling door het RIZIV in aanmerking indien alle rubrieken correct zijn ingevuld door aanvragende arts. Handtekening, stempel en het invullen van klinische inlichtingen zijn verplicht (K.B. 27-12-1979 e.v.).