

AANVRAAG VOOR MEDISCHE BEELDVORMING: CT-SCAN

Gelieve u 30 minuten voor het onderzoek in het ziekenhuis aan te melden.
 Aanvraag steeds meebrengen naar het onderzoek.

Patiëntgegevens Naam - Voornaam : Geboortedatum : Man / Vrouw Kamernummer :		Openingsuren secretariaat: elke werkdag van 7 tot 19 u tel: 03/650 50 49 www.azklina.be Datum onderzoek : Uur onderzoek :	
Verplicht in te vullen: bijkomende inlichtingen: Patiënt geeft toestemming om, indien nodig, contrastvloeistof te gebruiken. Patiënte is niet zwanger. Patiënt lijdt niet aan nierinsufficiëntie. <i>optioneel: eGFR:</i> Patiënt heeft geen contrastallergie.		Akkoord <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Niet akkoord <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> eGFR: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anticoagulatie: <input type="checkbox"/> DNR <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Implantaten:			
Vorige relevante onderzoeken in verband met de diagnostische vraagstelling: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Echo <input type="checkbox"/> Mammo <input type="checkbox"/> Andere			
Verplicht in te vullen: Diagnostische vraagstelling en klinische inlichtingen: <input type="checkbox"/> Kopie aan huisarts		Stempel - Handtekening Datum voorschrift:	

CT-SCAN	CT-SCAN	CT-SCAN
<input type="checkbox"/> hersenen <input type="checkbox"/> dental scan <input type="checkbox"/> faciaal massief <input type="checkbox"/> fossa posterior <input type="checkbox"/> orbitae <input type="checkbox"/> rotsbeenderen <input type="checkbox"/> sinussen <input type="checkbox"/> hals <input type="checkbox"/> CWZ: niveaus..... <input type="checkbox"/> TWZ: niveaus..... <input type="checkbox"/> LWZ: niveaus..... <input type="checkbox"/> SI gewrichten <input type="checkbox"/> bekken (bot) <input type="checkbox"/> andere:.....	<input type="checkbox"/> bovenste abdomen <input type="checkbox"/> volledig abdomen <input type="checkbox"/> abdomen à blanc <input type="checkbox"/> enterografie <input type="checkbox"/> klein bekken; aandacht voor <input type="checkbox"/> lever 3 fasen <input type="checkbox"/> nieren 3 fasen <input type="checkbox"/> urografie <input type="checkbox"/> virtuele colonografie arthro R L <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schouder <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> elleboog <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pols <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heup <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> knie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> enkel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> voet	<input type="checkbox"/> thorax <input type="checkbox"/> thorax hoge resolutie <input type="checkbox"/> thorax longembolen <input type="checkbox"/> thorax low dose <input type="checkbox"/> angio CT abdominale vaten <input type="checkbox"/> angio CT aorta <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OL <input type="checkbox"/> angio CT aorta <input type="checkbox"/> abdominalis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> thoracalis <input type="checkbox"/> angio CT cirkel van Willis <input type="checkbox"/> angio CT coronaire vaten <input type="checkbox"/> angio CT halsvaten <input type="checkbox"/> angio CT perforanten <input type="checkbox"/> angio CT renale vaten

