

DIENST RADIOLOGIE

RX - C.T. scan - Echografie - Mammografie - Botdensitometrie - NMR

Dr. E. Swinnen

Dr. L. Van fraeyenhoven

Dr. J. De Roeck

Dr. V. Das

Dr. F. Van Sonhoven

Dr. R. De Wyngaert

Dr. E. Bruyeer

Afspraken 014 24 64 10

Fax: 014 24 64 14

Een aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist.

PATIENT GEGEVENS:

NAAM + VOORNAAM:

GESLACHT M

ADRES:

V

GEBOORTEDATUM:

RISICOFACTOREN:

allergische constitutie

diabetes

hartinsufficiëntie

(IV-kontrast).....

nierinsufficiëntie

CVA of hartinfarct < 6 mnd.

zwangerschap

implantaat

andere:

RELEVANTE KLINISCHE INLICHTINGEN:

DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING:

VOORGESTELDE ONDERZOEK(EN):

Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling:

CT

NMR

RX

Echografie

Andere

onbekend

DOORVERWIJZING GEWENST?

STEMPEL*

DRINGEND - GELIEVE FOTO'S-PROTOCOL MEE TE GEVEN

DATUM - HANDTEKENING

DRINGEND - GELIEVE TE TELEFONEREN OP NR.

DRINGEND - GELIEVE TE FAXEN OP NR.

VOLUME-CT SCAN		ECHOGRAFIE - KLEURENDOPPLER	
<input type="checkbox"/> CT SCHEDEL	<input type="checkbox"/> ECHO SCHEDEL	<input type="checkbox"/> ECHO BOVENBUIK	<input type="checkbox"/> LEVER-GALBLAAS-GALWEGEN
<input type="checkbox"/> CT SINUSSEN	<input type="checkbox"/> ECHO ABDOMEN	<input type="checkbox"/> ECHO ONDERBUIK (volle blaas)	<input type="checkbox"/> PANCREAS-MILT
<input type="checkbox"/> CT ROTSBEENDEREN	<input type="checkbox"/> ECHO PROSTAAT (rectaal)	<input type="checkbox"/> ECHO HALS	<input type="checkbox"/> NIEREN-RETROPERITONEUM
<input type="checkbox"/> CT HALS (schildklier - larynx)	<input type="checkbox"/> ECHO BORSTEN	<input type="checkbox"/> ECHO SCROTUM	<input type="checkbox"/> NIEREN+BLAAS
<input type="checkbox"/> CT THORAX	<input type="checkbox"/> ECHO LIDMAAT/GEWRICHT:	<input type="checkbox"/> KLEURENDOPPLER:	<input type="checkbox"/> ABDOMEN
<input type="checkbox"/> CT LONGEN HOGE RESOLUTIE	<input type="checkbox"/> ECHO LIDMAAT/GEWRICHT:	<input type="checkbox"/> KLEURENDOPPLER:	<input type="checkbox"/> HALSVATEN
<input type="checkbox"/> CT BOVENBUIK	<input type="checkbox"/> ECHO LIDMAAT/GEWRICHT:	<input type="checkbox"/> KLEURENDOPPLER:	<input type="checkbox"/> LIDMAAT: O.L. / B.L. R - L
<input type="checkbox"/> CT ABDOMEN	<input type="checkbox"/> ECHO LIDMAAT/GEWRICHT:	<input type="checkbox"/> KLEURENDOPPLER:	<input type="checkbox"/> ARTERIEEL
<input type="checkbox"/> CT KLEIN BEKKEN	<input type="checkbox"/> ECHO LIDMAAT/GEWRICHT:	<input type="checkbox"/> KLEURENDOPPLER:	<input type="checkbox"/> VENEUS
<input type="checkbox"/> CT LIDMAAT/GEWRICHT	<input type="checkbox"/> ECHO LIDMAAT/GEWRICHT:	<input type="checkbox"/> KLEURENDOPPLER:	
<input type="checkbox"/> CT ARTHRO:	<input type="checkbox"/> ECHO LIDMAAT/GEWRICHT:	<input type="checkbox"/> KLEURENDOPPLER:	
<input type="checkbox"/> CT SIG	<input type="checkbox"/> ECHO LIDMAAT/GEWRICHT:	<input type="checkbox"/> KLEURENDOPPLER:	
<input type="checkbox"/> CT WERVELS: CWZ. DWZ	<input type="checkbox"/> ECHO LIDMAAT/GEWRICHT:	<input type="checkbox"/> KLEURENDOPPLER:	
<input type="checkbox"/> Niveau's:	<input type="checkbox"/> ECHO LIDMAAT/GEWRICHT:	<input type="checkbox"/> KLEURENDOPPLER:	
<input type="checkbox"/> CT LWZ (L ₂ -S ₁)	<input type="checkbox"/> ECHO LIDMAAT/GEWRICHT:	<input type="checkbox"/> KLEURENDOPPLER:	
<input type="checkbox"/> ANDERE:	<input type="checkbox"/> DEXA BOTDENSITOMETRIE	<input type="checkbox"/> DEXA BOTDENSITOMETRIE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> via dualfemurtechniek & lumbaal	<input type="checkbox"/> via dualfemurtechniek & lumbaal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SKELET	<input type="checkbox"/> SCHEDEL	
GASTRO-ENTERO	<input type="checkbox"/> RX VINGER R - L	<input type="checkbox"/> RX SCHEDEL	
<input type="checkbox"/> RX ABDOMEN OVERZICHT	<input type="checkbox"/> RX HAND R - L	<input type="checkbox"/> RX SINUSSEN	
<input type="checkbox"/> RX SLOKDARM	<input type="checkbox"/> RX POLS R - L	<input type="checkbox"/> RX SINUSSEN+CT SCAN	
<input type="checkbox"/> RX SLIKFUNCTIE	<input type="checkbox"/> RX VOORARM R - L	<input type="checkbox"/> RX MAXILLA-MANDIBULA	
<input type="checkbox"/> RX SLOKDARM-MAAG-DUOD.	<input type="checkbox"/> RX ELLEBOOG R - L	<input type="checkbox"/> RX NEUS	
<input type="checkbox"/> RX SLOKDARM-MAAG-TRANSIT	<input type="checkbox"/> RX HUMERUS R - L	<input type="checkbox"/> RX ORBITAE	
<input type="checkbox"/> RX DUNNEDARMTRANSIT	<input type="checkbox"/> RX SCHOUDER R - L	<input type="checkbox"/> RX TEMPOROMAND. GEWR.	
<input type="checkbox"/> RX COLON	<input type="checkbox"/> RX CLAVICULA R - L	<input type="checkbox"/> RX ORTHOPANTO	
<input type="checkbox"/> RX PERITONEOGRAFIE	<input type="checkbox"/> RX SCAPULA R - L	VASCULAIR	
<input type="checkbox"/> RX DEFAECOGRAFIE	<input type="checkbox"/> RX RIBBEN R - L	<input type="checkbox"/> RX FLEBOGR. O.L. R - L	
<input type="checkbox"/> ANDERE:.....	<input type="checkbox"/> RX STERNUM+	<input type="checkbox"/> RX FLEBOGR. B.L. R - L	
.....	<input type="checkbox"/> RX TEEN R - L	<input type="checkbox"/> RX VARICOGRAFIE R - L	
.....	<input type="checkbox"/> RX VOET R - L	<input type="checkbox"/> KLEURENDOPPLER:	
.....	<input type="checkbox"/> RX ENKEL R - L	
.....	<input type="checkbox"/> RX ONDRBEEN R - L	
.....	<input type="checkbox"/> RX KNIE R - L	
.....	<input type="checkbox"/> RX FEMUR R - L	
.....	<input type="checkbox"/> RX HEUP R - L	
UROLOGIE	<input type="checkbox"/> RX BEKKEN	
<input type="checkbox"/> RX ABDOMEN OVERZICHT	<input type="checkbox"/> RX WERVELS	
<input type="checkbox"/> RX IVP	<input type="checkbox"/> CWZ	GYNAECOLOGIE	
<input type="checkbox"/> RX CYSTOGR.+PERMITIONEEL	<input type="checkbox"/> DWZ	<input type="checkbox"/> RX ABDOMEN OVERZICHT	
<input type="checkbox"/> RX URETHROGRAFIE	<input type="checkbox"/> LWZ	<input type="checkbox"/> RX PELVIMETRIE	
<input type="checkbox"/> ECHOGRAFIE NIEREN-BLAAS	<input type="checkbox"/> SIG	<input type="checkbox"/> RX HYSTERO-SALPINGOGR.	
<input type="checkbox"/> ECHO PROSTAAT TRANSVESIC.	<input type="checkbox"/> SACRUM-COCC.	<input type="checkbox"/> RX MAMMOGRAFIE R - L	
<input type="checkbox"/> ECHO PROSTAAT TRANSRECT.	<input type="checkbox"/> FULL SPINE	<input type="checkbox"/> RX MAMMOGRAFIE+ECHO	
<input type="checkbox"/> ECHO SCROTUM+DOPPLER	<input type="checkbox"/> LENGTEMETING	<input type="checkbox"/> +PNEUMOCYSTOGRAFIE	
THORAX	<input type="checkbox"/> RX LWZ+BEKKEN	<input type="checkbox"/> +PUNCTIE	
<input type="checkbox"/> RX THORAX	<input type="checkbox"/> RX ARTHROGRAFIE:	<input type="checkbox"/> ECHO KLEIN BEKKEN	
<input type="checkbox"/> RX HALS WEKE DELEN	<input type="checkbox"/> ECHOGRAFIE:	<input type="checkbox"/> ANDERE:	
<input type="checkbox"/> ANDERE:.....	<input type="checkbox"/> ANDERE:	
.....	<input type="checkbox"/> ACT:	
.....	
.....	