

<b>IDENTIFICATIE PATIENT* (invullen of strookje V.I.)</b> <b>GEBOortedatum</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V</span>		<b>DATUM*:</b> <b>HANDTEKENING*:</b>  <b>STEMPEL VOORSCHRIJVER*:</b>  <small>(naam, voornaam, adres, RIZIV-nr.)</small>
<b>RELEVANTE KLINISCHE INLICHTINGEN*</b>		<b>RELEVANTE BIJKOMENDE INLICHTINGEN*</b> <input type="checkbox"/> VROEGERE REACTIE OP CONTRASTPRODUCT <input type="checkbox"/> ALLERGIE <input type="checkbox"/> ZWANGERSCHAP <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> NIERINSUFFICIËNTIE <input type="checkbox"/> IMPLANTAAT <input type="checkbox"/> ANDERE: .....
<b>DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING*</b> <small>(één formulier per diagnostische vraagstelling vereist)</small>		
<small>(*) wettelijk verplicht in te vullen</small>		
<b>VORIGE RELEVANTE ONDERZOEKEN I.V.M. DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING*</b> <input type="checkbox"/> ECHO <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> NMR <input type="checkbox"/> ONBEKEND <input type="checkbox"/> ANDERE .....		
<b>ADEMHALINGSSTELSEL</b> <input type="checkbox"/> THORAX (F-P) <input type="checkbox"/> SINUSSEN <input type="checkbox"/> ADENOÏDEN - TRACHEA	<b>WERVELZUIL</b> <input type="checkbox"/> CWZ <input type="checkbox"/> DWZ <input type="checkbox"/> LWZ (cfr. guidelines) <input type="checkbox"/> BEKKEN STAANDE <input type="checkbox"/> SACRUM - COCCYX <input type="checkbox"/> SACRO-ILIACAAL GEWRICHTEN <input type="checkbox"/> SCANOMETRIE (LENGTEMETING OL) <input type="checkbox"/> .....	<b>ECHOGRAFIE</b> <input type="checkbox"/> ABDOMEN VOLLEDIG (nuchter) <input type="checkbox"/> NIEREN - BLAAS (volle blaas) <input type="checkbox"/> LEVER - GALBLAAS (nuchter) <input type="checkbox"/> PANCREAS - MILT (nuchter) <input type="checkbox"/> PYLORUS (zuigeling - papfles meenemen) <input type="checkbox"/> BORSTEN <input type="checkbox"/> VROUWELIJK BEKKEN (evt ENDOVAGINAAL) <input type="checkbox"/> PROSTAAT (ENDORECTAAL) <input type="checkbox"/> HALS <input type="checkbox"/> SCHILDKLIJVER <input type="checkbox"/> LIES <span style="float: right;">R - L</span> <input type="checkbox"/> SCROTUM <input type="checkbox"/> HEUPEN (zuigeling - dysplasie) <input type="checkbox"/> LIDMAAT - GEWRICHT: <input type="checkbox"/> .....
<b>SCHEDTEL</b> <input type="checkbox"/> SINUSSEN <input type="checkbox"/> OS NASALE <input type="checkbox"/> KAAKGEWRICHTEN	<b>SKELET</b> <input type="checkbox"/> VINGER nr. ...    R - L <input type="checkbox"/> + ECHO    R - L <input type="checkbox"/> HAND    R - L <input type="checkbox"/> + ECHO    R - L <input type="checkbox"/> POLS    R - L <input type="checkbox"/> + ECHO    R - L <input type="checkbox"/> ONDERARM    R - L <input type="checkbox"/> + ECHO    R - L <input type="checkbox"/> ELLEBOOG    R - L <input type="checkbox"/> + ECHO    R - L <input type="checkbox"/> HUMERUS    R - L <input type="checkbox"/> + ECHO    R - L <input type="checkbox"/> SCHOUDER    R - L <input type="checkbox"/> + ECHO    R - L <input type="checkbox"/> CLAVICULA    R - L <input type="checkbox"/> + ECHO    R - L <input type="checkbox"/> AC-GEWRICHT    R - L <input type="checkbox"/> + ECHO    R - L <input type="checkbox"/> SCAPULA    R - L <input type="checkbox"/> STERNUM <input type="checkbox"/> RIBBEN    R - L <input type="checkbox"/> TEEN nr. ...    R - L <input type="checkbox"/> + ECHO    R - L <input type="checkbox"/> VOET    R - L <input type="checkbox"/> + ECHO    R - L <input type="checkbox"/> VOETSTATIEK <input type="checkbox"/> ENKEL    R - L <input type="checkbox"/> + ECHO    R - L <input type="checkbox"/> HIEL    R - L <input type="checkbox"/> + ECHO    R - L <input type="checkbox"/> ONDERBEEN    R - L <input type="checkbox"/> + ECHO    R - L <input type="checkbox"/> KNIE    R - L <input type="checkbox"/> + ECHO    R - L <input type="checkbox"/> FEMUR    R - L <input type="checkbox"/> + ECHO    R - L <input type="checkbox"/> HEUP    R - L <input type="checkbox"/> + ECHO    R - L <input type="checkbox"/> BEKKEN <input type="checkbox"/> BOTLEEF TIJD	<b>KLEURENDOPPLER/DUPLEX</b> <input type="checkbox"/> CAROTIS + VERTEBRALIS <input type="checkbox"/> LIDMAAT VENEUS <span style="float: right;">R - L</span> <input type="checkbox"/> LIDMAAT VENEUS FOLLOW-UP (< 1 jaar) <span style="float: right;">R - L</span> <input type="checkbox"/> LIDMAAT ARTERIEEL <span style="float: right;">R - L</span> <input type="checkbox"/> AORTA <input type="checkbox"/> A. RENALIS - NIERVATEN <input type="checkbox"/> TRANSPLANTNIEUR <input type="checkbox"/> .....
<b>GYNECOLOGIE-SENOLOGIE</b> <input type="checkbox"/> MAMMOGRAFIE + evt. ECHO <input type="checkbox"/> ECHO VROUWELIJK BEKKEN ( evt. ENDOVAGINAAL) <input type="checkbox"/> ECHO BORSTEN <input type="checkbox"/> ZWANGERSCHAPSECHOGRAFIE <input type="checkbox"/> PELVIMETRIE <input type="checkbox"/> SCREENINGSMAMMOGRAFIE (50 - 69j.; 1 x / 9j.)	<b>SPIJZVERTERINGSSTELSEL</b> <input type="checkbox"/> OVERZICHT ABDOMEN <input type="checkbox"/> ECHOGRAFIE ABDOMEN (nuchter) <input type="checkbox"/> SLIKMECHANISME <input type="checkbox"/> SLOKDARM <input type="checkbox"/> SLOKDARM - MAAG - DUODENUM (nuchter) <input type="checkbox"/> SLOKDARM - MAAG - TRANSIT (nuchter)	<b>CT-SCAN</b> <input type="checkbox"/> HERSENEN <input type="checkbox"/> SINUSSEN <input type="checkbox"/> MAXILLOFACIAAL MASSIEF (trauma) <input type="checkbox"/> THORAX <input type="checkbox"/> ABDOMEN <input type="checkbox"/> PELVIS <input type="checkbox"/> CWZ (C3-Th1) <input type="checkbox"/> DWZ <input type="checkbox"/> LWZ (L2-S1) <input type="checkbox"/> WERVELS, NIVEAU : <input type="checkbox"/> GEWRICHT - LIDMAAT : <input type="checkbox"/> ARTRO-CT SCHOUDER <span style="float: right;">R - L</span> <input type="checkbox"/> ARTRO-CT HEUP <span style="float: right;">R - L</span> <input type="checkbox"/> ARTRO-CT KNIE <span style="float: right;">R - L</span> <input type="checkbox"/> ARTRO-CT GEWRICHT: <input type="checkbox"/> .....
<b>UROLOGIE</b> <input type="checkbox"/> OVERZICHT ABDOMEN <input type="checkbox"/> ECHO NIEREN - BLAAS (volle blaas) <input type="checkbox"/> ECHO PROSTAAT (ENDORECTAAL)	<b>INFILTRATIE</b> <input type="checkbox"/> GEWRICHT (FLUOROSCOPISCH): <input type="checkbox"/> DEPOMEDROL (mee te brengen) <input type="checkbox"/> OSTENIL (mee te brengen) <input type="checkbox"/> PERITENDINEUS (ECHOGELEID): <input type="checkbox"/> DEPOMEDROL (mee te brengen) <input type="checkbox"/> BURSA (ECHOGELEID): <input type="checkbox"/> DEPOMEDROL (mee te brengen)	<b>TANDHEELKUNDE</b> <input type="checkbox"/> ORTHOPANTOMOGRAM (OPG) <input type="checkbox"/> TELE <input type="checkbox"/> DENTASCAN
<b>BOTDENSITOMETRIE (DEXA)</b> <input type="checkbox"/> BOTDENSITOMETRIE <input type="checkbox"/> LICHAAMSSAMENSTELLING		