



## IDENTIFICATIE PATIENT\* (invullen of strookje v.l.)

GEBOORTE DATUM

M  V

DATUM\*:

HANDTEKENING\*:

STEMPEL VOORSCHRIJVER\*:

(naam, voornaam, adres, RIZIV-nr.)

## RELEVANTE KLINISCHE INLICHTINGEN\*

## DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING\* (één formulier per diagnostische vraagstelling vereist)

(\*) wettelijk verplicht in te vullen

## VORIGE RELEVANTE ONDERZOEKEN

### I.V.M. DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING\*

- ECHO  RX  
 CT  MRI  
 ONBEKEND  
 ANDERE .....

## RELEVANTE BIJKOMENDE INLICHTINGEN\*

- VROEGERE REACTIE OP CONTRASTPRODUCT  ZWANGERSCHAP  NIERINSUFFICIËNTIE  
 ALLERGIE  DIABETES  IMPLANTAAT  
 ANDERE: .....

- GRAAG NIEUWE AANVRAAGFORMULIEREN  KOPIES NAAR: .....

## ADEMHALINGSSTELSEL - SCHEDEL

- THORAX (F-P)  
 SINUSSEN  
 ADENOÏDEN - TRACHEA  
 OS NASALE  
 KAAKGEWRICHTEN

## GYNECOLOGIE-SENOLOGIE

- MAMMOGRAFIE + ECHO  
 ECHO BORSTEN  
 ECHO VROUWELIJK BEKKEN (volle blaas)  
 ABDOMINAAL  ENDOVAGINAAL  
 ECHOGRAFIE DETECTIE ZWANGERSCHAP  
 PELVIMETRIE  
 SCREENINGSMAMMOGRAFIE (50 - 69j.; 1 x / 2j.)

## SPIJSVERTERINGSSTELSEL

- OVERZICHT ABDOMEN  
 ECHOGRAFIE ABDOMEN SUPERIOR (nuchter)  
 ECHOGRAFIE ABDOMEN TOTAAL (nuchter + volle blaas)  
 SLIKFUNCTIE  
 SLOKDARM  
 SLOKDARM - MAAG - DUODENUM (nuchter)  
 SLOKDARM - MAAG - TRANSIT (nuchter)

## UROLOGIE

- OVERZICHT ABDOMEN  
 ECHO NIEREN - BLAAS (volle blaas)  
 ECHO PROSTAAT (PSA: ..... ) (volle blaas)  
 ABDOMINAAL  TRANSRECTAAL

## TANDHEELKUNDE

- ORTHOPANTOMOGRAM (OPG)  
 TÉLÉ SCHEDEL PROFIEL  
 DENTASCAN  
 BOVENKAAK  ONDERKAAK

## BOTDENSITOMETRIE

- BOTDENSITOMETRIE  
 BOTDENSITOMETRIE LWZ + HEUPEN  
 BOTDENSITOMETRIE LWZ + DISTALE RADIUS (bij bilaterale heupprothese)  
 BODY COMPOSITION  
 BC TOTAL BODY (% spier - vet - bot) + BMI-BEREKENING

## WERVELZUIL

- CWZ - DWZ - LWZ + BEKKEN STAAND  
 CWZ  
 DWZ  
 LWZ  BEKKEN STAAND  
 BEKKEN STAAND  
 SACRUM - COCCYX  
 SACRO-ILIACALE GEWRICHTEN  
 .....

## SKELET

- |   |       |                                 |       |
|---|-------|---------------------------------|-------|
| <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    | R - L |                                 |       |
| <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         |       |                                 |       |

- BOTLEEFTIJD (huidige lichaamslengte: ..... cm)  
 SCANOMETRIE (LENGTEMETING OL)

## INFILTRATIE

- GEWRICHT (FLUOROSCOPISCH):  
 DEPOMEDROL (mee te brengen)  
 OSTENIL (mee te brengen)  
 PERITENDINEUS (ECHOGELEID):  
 DEPOMEDROL (mee te brengen)  
 BURSA (ECHOGELEID):  
 DEPOMEDROL (mee te brengen)

## ECHOGRAFIE

- ABDOMEN SUPERIOR (nuchter)  
 ABDOMEN INFERIOR (volle blaas)  
 ABDOMEN TOTAAL (nuchter + volle blaas)  
 LEVER - GALBLAAS - PANCREAS (nuchter)  
 PANCREAS - MILT (nuchter)  
 NIEREN - BLAAS (volle blaas)  
 BUIKWAND  
 VROUWELIJK BEKKEN (volle blaas)  
 ABDOMINAAL  ENDOVAGINAAL  
 PROSTAAT (PSA: ..... ) (volle blaas)  
 ABDOMINAAL  TRANSRECTAAL  
 BORSTEN  
 HALS  
 SCHILDKLIJER  
 OKSEL R - L  
 LIES R - L  
 SCROTUM  
 HEUPEN (zuigeling - dysplasie)  
 ACHILLESPEES R - L  
 FASCIA PLANTARIS R - L  
 LIDMAAT - GEWRICHT:  
 .....

## KLEURENDOPPLER/DUPLEX

- CAROTIS + VERTEBRALIS  
 LIDMAAT VENEUS R - L  
 LIDMAAT ARTERIEEL R - L  
 AORTA  
 LEVERVATEN  
 A. RENALIS - NIERVATEN  
 TRANSPLANTNIER  
 .....

## CT-SCAN

- SINUSSEN  
 MAXILLOFACIAAL MASSIEF (trauma)  
 TEMPOROMANDIBULAIRE GEWRICHTEN  
 HERSENEN  
 ABDOMEN À BLANC (urolithiasis)  
 PELVIS  
 CWZ (C3-Th1)  
 DWZ  
 LWZ (L2-S1)  
 WERVELS, NIVEAU:  
 GEWRICHT - LIDMAAT:  
 ARTRO-CT SCHOUDER R - L  
 ARTRO-CT HEUP R - L  
 ARTRO-CT KNIE R - L  
 ARTRO-CT GEWRICHT:  
 DENTASCAN  
 BOVENKAAK  ONDERKAAK