

**Identificatie van de patiënt:**

(invullen of strookje V.J.) \*

Naam: \_\_\_\_\_  
 Voornaam: \_\_\_\_\_  
 Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
 Geslacht:  Mannelijk  Vrouwelijk

Relevante klinische inlichtingen: \*

Diagnostische vraagstelling: (1 aanvraag per klinische vraagstelling aub) \*

Relevante bijkomende inlichtingen: \*

Allergie  Diabetes  Nierinsufficiëntie  Zwangerschap  Implantaat  Andere: .....

VOORGESTELD ONDERZOEK: (Invullen of hieronder aankruisen aub) \*

Vorig(e) relevant(e) onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling:\*

RX  Echo  CT  MR  Onbekend  Andere: .....

**ADEMHALINGSSTELSEL RX :**

Thorax  Face  Profiel  
 Ribbenrooster  R  L

**SCHEDEL RX :**

Sinussen  Neus  
 Temporomandibulaire gewrichten  
 Adenoïden

**WERVELZUIJL RX :**

CWZ  DWZ  LWZ  
 + Eventueel bekken staande  
 Bekken  SI-gewrichten  
 Sacrum - Coccyx



**ABDOMEN RX :**

Abdomen overzicht

**INTERVENTIES :**

Facetinfiltratie lumbaal  R  L  
 Niveau (max 2): .....  
 .....  
 Schouder  Infiltratie bursa / tendinitis  
 Lavage/wash-out (kalk)  
 Distensie (capsulitis)  
 Heup →  Cortisone  Hyaluronzuur  
 Knie →  Cortisone  Hyaluronzuur  
 Enkel →  Cortisone  Hyaluronzuur  
 Gewicht: .....  
 .....  
 Pees: .....  
 .....  
 Andere: .....  
 .....

**SENOLOGIE :**

Screeningsmammografie overheid: 50 - 69 j  
 Screeningsmammografie individueel (→ + echo indien nodig)  
 Diagnostische mammografie R  L   
 Echo borst(en)  
 Hoog-risico mammografie  Hoog-risico echo

**MUSCULOSKELETAAL :**

	RX	ECHO
<input type="checkbox"/> Schouder	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> Bovenarm	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> Elleboog	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> Onderarm	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> Pols	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> Vinger: .....	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> Heup/Lies	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> Bovenbeen	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> Onderbeen	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> Voet	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> Teen: .....	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L

**CONE-BEAM CT :**

Sinussen  Hand/Vingers  R  L  
 Maxillofaciaal  Pols ( +artro)  R  L  
 Dental  bovenkaak  Elleboog( +artro)  R  L  
 onderkaak  Knie ( +artro)  R  L  
 Temporomandibulair  Enkel ( +artro)  R  L  
 Rotsbeenderen  Voet  R  L

**ABDOMEN - ECHO :**

Abdomen totaal (nuchter + volle blaas)  
 Lever - Gal (nuchter)  
 Pancreas - Milt (nuchter)  
 Nieren en blaas (volle blaas)  
 Bekken  Transvesicaal (volle blaas)  
 Transvaginaal  
 Prostaat transrectaal  
 Scrotum

**HALS - ECHO :**

Hals totaal  Schildklier  
 Speekselklieren

**KLEURENDOPPLER - DUPLEX :**

Carotis + Vertebralis  
 Bovenste ledematen  
 Arterieel  R  L  
 Veneus  R  L  
 Onderste ledematen  
 Arterieel  R  L  
 Veneus  R  L  
 Lidmaat follow-up veneus  R  L  
 Aorta - Vena Cava Inferior - Iliacaal  
 Levervaten  
 Nieren ( Transplant )

**BOTDENSITOMETRIE :**

Botdensitometrie - DEXA scan

**BIOPSIE :**

FNAC: .....  
 Biopsie: .....  
 Aspiratie: .....

Graag nieuwe aanvraagformulieren

**STEMPEL + HANDTEKENING + DATUM \***

Indien relevant onderzoek bij collega,  
 graag PACS-on-WEB referentienummer  
 .....

Resultaten doorbellen naar:  
 .....

Kopie van verslag naar: .....

**Enkel op afspraak.**

Online via [www.radiologiesintamandsberg.be](http://www.radiologiesintamandsberg.be)  
Telefonisch via **09 228 03 33** elke weekdag tussen 8u en 20u, op zaterdag van 9u tot 12u.

**Breng je identiteitskaart en voorschrift mee.**

**Openingsuren**

**Ma, Di, Woe:**

8u – 12u30 en 13u30 – 18u30

**Do, Vrij:**

8u – 12u30 en 13u30 – 18u

**Za, Zo:**

Gesloten

Echografie bovenbuik: 4 uur nuchter

Echografie onderbuik: met volle blaas

Echografie volledige buik: 4 uur nuchter en volle blaas

Meer gedetailleerde info op

[www.radiologiesintamandsberg.be](http://www.radiologiesintamandsberg.be)

