

Identificatie van patiënt:

Naam & Voornaam:

Geslacht: Mannelijk - Vrouwelijk

Geboortedatum:

Relevante klinische inlichtingen:

Diagnostische vraagstelling:

Relevante bijkomende inlichtingen:

Allergie Diabetes Nierinsufficiëntie Zwangerschap Implantaat Andere

Voorgesteld(e) onderzoek(en):

<u>Spijverteringsstelsel</u> <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Slikfunctie <input type="checkbox"/> Slokdarm - Maag - Duodenum <input type="checkbox"/> Colon Dubbel Contrasttechniek	<u>Beenderstelsel</u> <input type="checkbox"/> Vinger - Hand - Pols <input type="checkbox"/> Voorarm <input type="checkbox"/> Elleboog <input type="checkbox"/> Bovenarm <input type="checkbox"/> Schouder - Scapula - Clavicula <input type="checkbox"/> Teen - Voet - Enkel <input type="checkbox"/> Onderbeen <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Heup <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> Bekken <input type="checkbox"/> Ribben <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> Lengtemeting Onderste Ledematen <input type="checkbox"/> Beenderleeftijd	<u>Wervelzuil</u> <input type="checkbox"/> CWZ <input type="checkbox"/> DWZ <input type="checkbox"/> LWZ <input type="checkbox"/> Bekken Staande <input type="checkbox"/> Sacro-iliacale gewrichten <input type="checkbox"/> Sacrum-Coccyx <input type="checkbox"/> Full Spine <input type="checkbox"/> Dynamische proeven <input type="checkbox"/> CWZ <input type="checkbox"/> LWZ
<u>Ademhalingsstelsel</u> <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Larynx en Trachea	<u>Echografie</u> <input type="checkbox"/> Bovenbuik <input type="checkbox"/> Lever – Galblaas <input type="checkbox"/> Nieren <input type="checkbox"/> Blaas <input type="checkbox"/> Klein Bekken <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> Scrotum <input type="checkbox"/> Zwangerschap <input type="checkbox"/> Weke Delen <input type="checkbox"/> Osteo-articulair:	<u>Urologie</u> <input type="checkbox"/> Abdomen overzicht <input type="checkbox"/> IVP <u>Doppler</u> <input type="checkbox"/> Carotis + Vertebralis Bilateraal <input type="checkbox"/> Veneus <input type="checkbox"/> Bovenste Ledematen R - L <input type="checkbox"/> Onderste Ledematen R - L <input type="checkbox"/> Arterieel <input type="checkbox"/> Bovenste Ledematen R - L <input type="checkbox"/> Onderste Ledematen R - L <u>Andere</u> <input type="checkbox"/>
<u>Schedel</u> <input type="checkbox"/> Schedel <input type="checkbox"/> Sinussen <input type="checkbox"/> Neusbeentje <input type="checkbox"/> Orbitae <input type="checkbox"/> Kaakgewrichten <input type="checkbox"/> Tele-prof voor orthodontie <input type="checkbox"/> Pano beeld/kaken : Orthopantomogram		
<u>Senologie</u> <input type="checkbox"/> Screeningmammografie <input type="checkbox"/> Mammografie <input type="checkbox"/> Mammografie + Echografie <input type="checkbox"/> Echografie Borsten		

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

CT NMR RX Echografie Andere Onbekend

Uitslag DRINGEND via:

Fax:

Telefoon:

Meegeven met patiënt

Stempel aanvragende arts

Datum/Handtekening