

## Aanvraagformulier MRI Onderzoek

**Let op:** Eerst aanvraag mailen of opsturen, voordat er een afspraak gemaakt kan worden. Telefoonnummer is belangrijk! De aanvraag dient voorzien te zijn van de handtekening van de aanvrager. Dus gelieve uit te printen en te ondertekenen.

### Patientgegevens:

Datum:

Naam: \_\_\_\_\_ Geslacht:  Vrouw  Man  
 Adres: \_\_\_\_\_ Mobiel / Tel.nr: \_\_\_\_\_  
 Postcode: \_\_\_\_\_ Huisarts: \_\_\_\_\_  
 Plaats: \_\_\_\_\_ Verzekerd bij: \_\_\_\_\_  
 Geboortedatum: \_\_\_\_\_ BSN Nummer: \_\_\_\_\_

### Onderzoek:

Plaats eerst het vinkje, voordat u een verdere keuze maakt uit de keuzelijst! In chrome: klik op de tekst voor meer opties. Selecteer een eventueel onderliggend onderzoek d.m.v. de keuzelijst! Printen, ondertekenen en mailen of opsturen

<input type="checkbox"/> Hersenen	<input type="checkbox"/> Plexus lumbalis	<input type="checkbox"/> Onderbuik	<input type="checkbox"/> Bekken
<input type="checkbox"/> Hypofyse	<input type="checkbox"/> Totale myelum (CWK+TWK)	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> Heup re li
<input type="checkbox"/> Orbitae	<input type="checkbox"/> Totale wk (CWK+TWK+LWK)	<input type="checkbox"/> Arthrogram re li	<input type="checkbox"/> Bovenbeen
<input type="checkbox"/> Brughoek	<input type="checkbox"/> S.l. gewrichten	<input type="checkbox"/> Schouder	<input type="checkbox"/> Knie
<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/> Bovenarm	<input type="checkbox"/> Onderbeen
<input type="checkbox"/> CWK	<input type="checkbox"/> Mammae cō prothese	<input type="checkbox"/> Elleboog	<input type="checkbox"/> Enkel
<input type="checkbox"/> Plexus Brachialis	<input type="checkbox"/> Bovenbuik	<input type="checkbox"/> Onderarm	<input type="checkbox"/> Voet
<input type="checkbox"/> TWK	<input type="checkbox"/> Lever	<input type="checkbox"/> Pols	<input type="checkbox"/> Overig
<input type="checkbox"/> LWK	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> Hand	

### Contrast:

Ja  Nee  Indien nodig

\*Bij alléén "Nee" wordt er door ons géén contrast gegeven. Wij gaan er dan van uit, dat er bij patiënt(e) een contra-indicatie voor MRI-contrast bestaat. In alle andere gevallen, vink "Nee" én "Indien nodig" aan.

LWK post OK welk niveau en welk jaar?

### Klinische gegevens

### Vraagstelling

#### Absolute MRI contra-indicaties

Ferromagnetische, elektrische, mechanische implantaten Zoals o.a. pacemaker, cochlea implantaten, aneurysma clips, neurostimulator, overige.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Metaalfragmenten in het oog. Indien ja eerst X-foto maken.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Is er sprake van claustrofobie bij de patiënt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Is er sprake van overgewicht bij de patiënt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

Naam instelling: \_\_\_\_\_ AGB code: \_\_\_\_\_  
 Naam aanvrager: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_  
 Naam supervisor: \_\_\_\_\_ Sein: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_  
 Poli: \_\_\_\_\_

#### Relatieve MRI contra-indicaties:

Zwangerschap < 12 weken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hartkleprothese	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, welke?		
Gewrichtsprothese	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, waar?		
lengte in cm:		Gewicht in kg:
Is de patiëntmobiel::	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

\*Ondertekende verklaart hiermee bij de patiënt bovenstaande te hebben nagevraagd.