

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

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

LET OP: De gegevens in dit kader verplicht invullen!

Absolute MRI contra-indicaties

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

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

Relatieve MRI contra-indicaties:

Zwangerschap < 12 weken	Ja	Nee
Hartklepprothese	Ja	Nee
Zo ja, welke?		
Gewrichtsprothese	Ja	Nee
Zo ja, waar?		
lengte in cm:	Gewicht in kg:	
Is de patiëntmobiel::	Ja	Nee

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