

Aanvraagformulier MRI onderzoek

Datum:

Let op: Eerst aanvraag faxen / 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.

Patiëntgegevens:

Naam: _____ Geslacht: Vrouw Man
 Adres: _____ Mobiel/ Tel.nr: _____
 Postcode: _____ Huisarts: _____
 Plaats: _____ Verzekerd bij: _____
 Geboortedatum: _____ BSN nummer: _____

Onderzoek:

	Plexus lumbalis	MRA	re	li
Hypofyse	Totale WK	Arthro		Bekken
Brughoek	S.I gewrichten		re	li
Orbitae	Thorax	Schouder		Bovenbeen
Hals	Mammae	Bovenarm		Knie
CWK	Bovenbuik	Elleboog		Onderbeen
Plexus brachialis	Lever	Onderarm		Enkel
TWK	(Bij)Nieren	Pols		Voet
LWK	Onderbuik	Hand / vinger		Overig

Contrast: Ja Nee* Indien nodig

* Bij **alleén** "Nee" wordt er door ons **geén** 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" **en** "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.....	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Metaalfragmenten in het oog. Indien ja eerst X-foto maken.	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Is er sprake van claustrofobie bij de patiënt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Is er sprake van overgewicht bij de patiënt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>

Relatieve MRI contra-indicaties:

Zwangerschap < 12 weken	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Hartklepprothese	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke?		
Gewrichtsprothese?	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Zo ja, waar?		
Lengte in cm:		Gewicht in kg:
Is de patiënt mobiel:	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>

Naam instelling:
Naam aanvrager:
Naam supervisor:
E-mail:
Poli:

AGB code:
Telefoon:
Sein:

Handtekening:

Ondergetekende verklaart hiermee bij de patiënt
bovenstaande te hebben nagevraagd.