

Egaal blauwe velden verplicht invullen

Gegevens patiënt (indien geen patiëntsticker beschikbaar;  
 naam, geboortedatum en pid.nummer invullen)

- Klinisch       Poliklinisch
- Afdeling \_\_\_\_\_
- Specialismecode \_\_\_\_\_
- Spoed       Wanneer mogelijk
- Gewenst binnen       1 week     1 mnd     1/2 jaar     1 jaar
- Anesthesie

Gevraagd onderzoek     Conv.     Echo     Angio     MR     CT     Interv.    **DBC code**  
 \_\_\_\_\_  
 Lichaamsdeel, regio \_\_\_\_\_    **catalogusnr.** \_\_\_\_\_

**Contra indicaties\***

- Ja  
 Nee  
 Omschrijving in klinische informatie

**Stolling**

- INR waarde:  
 Stolling goed  
 Stolling wordt gecorrigeerd

**Infectie risico**

- Ja  
 Nee  
 Omschrijving in klinische informatie

**Nierfunctie**

- goed  
 niet goed  
 Kreatinine waarde: \_\_\_\_\_

\* waaronder: zwangerschap, metforminegebruik, schildklierafwijkingen, overgevoeligheid voor jodium of gadolinium bevattende contrastmiddelen, pacemaker, metaaldeeltjes in het oog, metalen intracranieële vaatclips en overige metalen devices. Informatie over aanvraagprocedures en contra indicaties: zie intranet-cluster 07-radiologie-patiëntenzorg, zie ook de achterzijde van dit formulier.

**Klinische informatie**

**Vraagstelling**

**Opmerkingen Radiologie**

datum afspraak \_\_\_\_\_ code \_\_\_\_\_ kamer \_\_\_\_\_

**Research** (in te vullen door aanvrager)

Protocolnaam \_\_\_\_\_ MEC nr. \_\_\_\_\_ Kostenplaats \_\_\_\_\_ Locatiecode \_\_\_\_\_

Aanvragend arts \_\_\_\_\_ Zoemernummer \_\_\_\_\_ i.o.m. Radioloog

Handtekening aanvrager \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_