

Patiënt(e)
Naam / Voornaam
Geboortedatum / Geslacht
Patiëntenklever

Stempel
Handtekening / Datum

Aanvraagformulier Botscan & SPECT/CT (straat 19)

Gebruik standaard-aanvraagformulier voor alle andere onderzoeken nucleaire geneeskunde / botdensitometrie

Relevante klinische inlichtingen:

Diagnostische vraagstelling:

Datum onderzoek: / / 20

Kopie: Huisarts Dr.

Botscan

Opties aanduiden in functie van toepassing:

Met perfusie

van regio:

Met SPECT / tomografie (3D opname van botscan)

van regio:

met lokalisatie-CT

Met diagnostische CT ("SPECT/CT") (enkel indien lokalisatie CT niet voldoet)

VERPLICHT aanvraagformulier op achterzijde invullen !

Andere voorgesteld(e) onderzoek(en):

Vasculaire scintigrafie

JA

JA, indien beeld suggestief voor CRPS/Südeck

Leukocytsintigrafie

JA

JA, indien infectie niet uitgesloten

Botdensitometrie

JA

JA, indien beeld passend bij fractuur

Indien u verhinderd bent gelieve uw afspraak te annuleren minstens 24u op voorhand. De gebruikte producten worden immers specifiek voor uw onderzoek aangemaakt. Op die manier vermijdt u een administratieve kost.

campus Sint-Lucas:

RX / MAMMO / ECHO: 09-224 64 90
CT: 09-224 51 21
MR: 09-224 65 71
ANGIOGRAFIE: 09-224 64 95

campus Volkskliniek:

RX / ECHO: 09-224 54 35

Vak voorbehouden aan de dienst Medische Beeldvorming

Identificatie patiënt:

AFSPRAAK

Naam:

Datum:

Voorna(a)m(en):

Uur:

Geboortedatum:

Geslacht Mannelijk Vrouwelijk

AMBULANT **GEHOSPITALEERD** **KAMER:**

VERVOER: te voet met rolstoel met bed

Relevante klinische inlichtingen:

.....

Diagnostische vraagstelling: *(een apart aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist!)*

.....

Relevante bijkomende inlichtingen:

Allergie Diabetes Implantaat Zwangerschap Nierinsufficiëntie
 Datum labo: Creatinine: eGFR IDMS:
 Andere:

Voorgesteld(e) onderzoek(en):

RX Mammo:.....

 Echo:

CT CBCT:.....

 MR:

Pacemaker of andere implantaten: Ja / Nee - Welke?

Angio:

Andere:.....

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

CT NMR RX Echografie Andere: Onbekend

Stempel voorschrijver: *(Stempel voorschrijver met vermelding van naam, voornaam, adres en RIZIV nummer)*

Datum: Kopie naar:

Handtekening:

RX onmiddellijk meegeven a.u.b.