

Vak voorbehouden aan de dienst Medische Beeldvorming

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**Identificatie patiënt:****Naam:****Voorna(a)m(en):****Geboortedatum:****Geslacht** Mannelijk Vrouwelijk**AFSPRAAK****Datum:****Uur:****Plaats:** straat 21

Laat steeds eerst uw e-ID inlezen aan de centrale patiënteninschrijving in straat 60

 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.