

AANVRAAG MEDISCHE BEELDVORMING

- | | | |
|--|-------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Campus Maria's Voorzienigheid | Tel: 056 23 42 85 | Fax: 056 23 42 96 |
| <input type="checkbox"/> Campus O.L.V. Hospitaal | Tel: 056 30 52 00 | Fax: 056 30 52 08 |
| <input type="checkbox"/> Campus Sint-Maarten | Tel: 056 36 67 50 | Fax: 056 36 67 58 |
| <input type="checkbox"/> Campus Sint-Niklaas | Tel: 056 24 23 90 | Fax: 056 24 23 93 |



Dit aanvraagformulier kan pas voor terugbetaling door het RIZIV in aanmerking komen, indien alle rubrieken correct ingevuld zijn door de aanvragende geneesheer, cfr. RIZIV-bepalingen per 1.9.1990.

Datum Aanvraag: _____ Datum Afspraak: _____

Patiënt: Te voet Rolstoel Bed

Kleef hier een etiket:	Naam: _____
	Voornaam: _____
	Adres: _____ _____
	Geboortedatum: ____ / ____ / ____

Aanvraag onderzoek:

Klinische inlichtingen:

Radiologische vraagstelling:

AANSTIPPEN VAN RISICOFACTOREN BIJ CONTRASTONDERZOEKEN a.u.b.:

- Ernstige nierinsufficiëntie
- Vroegere anafylactische of allergoïde reactie op contrastmiddelen
- Atopisch terrein (astma, gedocumenteerde allergie, eczeem, netelkoorts, enz...)
- Ernstige hartinsufficiëntie (gedecompenseerde hartinsufficiëntie, ernstige ritmestoornissen binnen 6 maanden na myocardinfarct)
- < 6 maanden na een CVA
- Diabetes mellitus met micro-angiopathie
- Ziekte van Kahler

Aanvragende geneesheer:

Stempel van de aanvrager is verplicht

Handtekening: