



az|groeninge|kortrijk  
medische beeldvorming

**AANVRAAG MEDISCHE BEELDVORMING**

**AFDELING MAGNETISCHE RESONANTIE**

Gelieve vragenlijst op keerzijde in te vullen  
afspraken en inlichtingen : secretariaat Medische Beeldvorming  
campus loofstraat, Loofstraat 43, 8500 Kortrijk  
t. 056 63 40 07 - fax. 056 63 40 19

**Naam patiënt (of klever) :**

**VAK voor MR**

Dossiernr. :

Datum onderzoek :

Aanvraagnummer :

**Uit te voeren onderzoek :**

**Klinische inlichtingen (onontbeerlijk) :**

**Aanvragende geneesheer**  
(stempel, datum, handtekening)

**az groeninge**  
**DIENST MEDISCHE BEELDVORMING**  
**AFDELING MAGNETISCHE RESONANTIE**

Naam patiënt : ..... Datum van vandaag ...../...../.....

**VRAGENLIJST**

1. Draagt patiënt een pacemaker ? ja/nee
2. Is patiënt reeds geopereerd geweest ? ja/nee  
Indien ja : waaraan ?  
.....  
.....  
.....  
.....  
Wanneer ? .....
3. Zijn er metalen of magnetische implanten - prothesen ingeplant ? ja/nee
4. Huidige medicatie ?  
.....  
.....  
.....
5. Gewicht van de patiënt (ongeveer) : ..... kg.
6. Gekende allergieën? Indien ja: welke?  
.....  
.....
7. Heeft de patiënt epilepsie of heeft de patiënt in het verleden ooit een epileptische aanval gehad? ja/nee
8. Draagt u een pleister (Nitroderm, gebruikt bij hartfalen of Nicopatch, nicotinepleister) op de huid ? ja/nee

ENKEL VOOR DAMES

8. Is patiënte zwanger ? ja/nee
9. Enkel voor M.R.-mammografie (borstonderzoek):
  - datum laatste menstruatie : .....
  - pilgebruik ? .....

Datum: .....

Handtekening patiënt: