

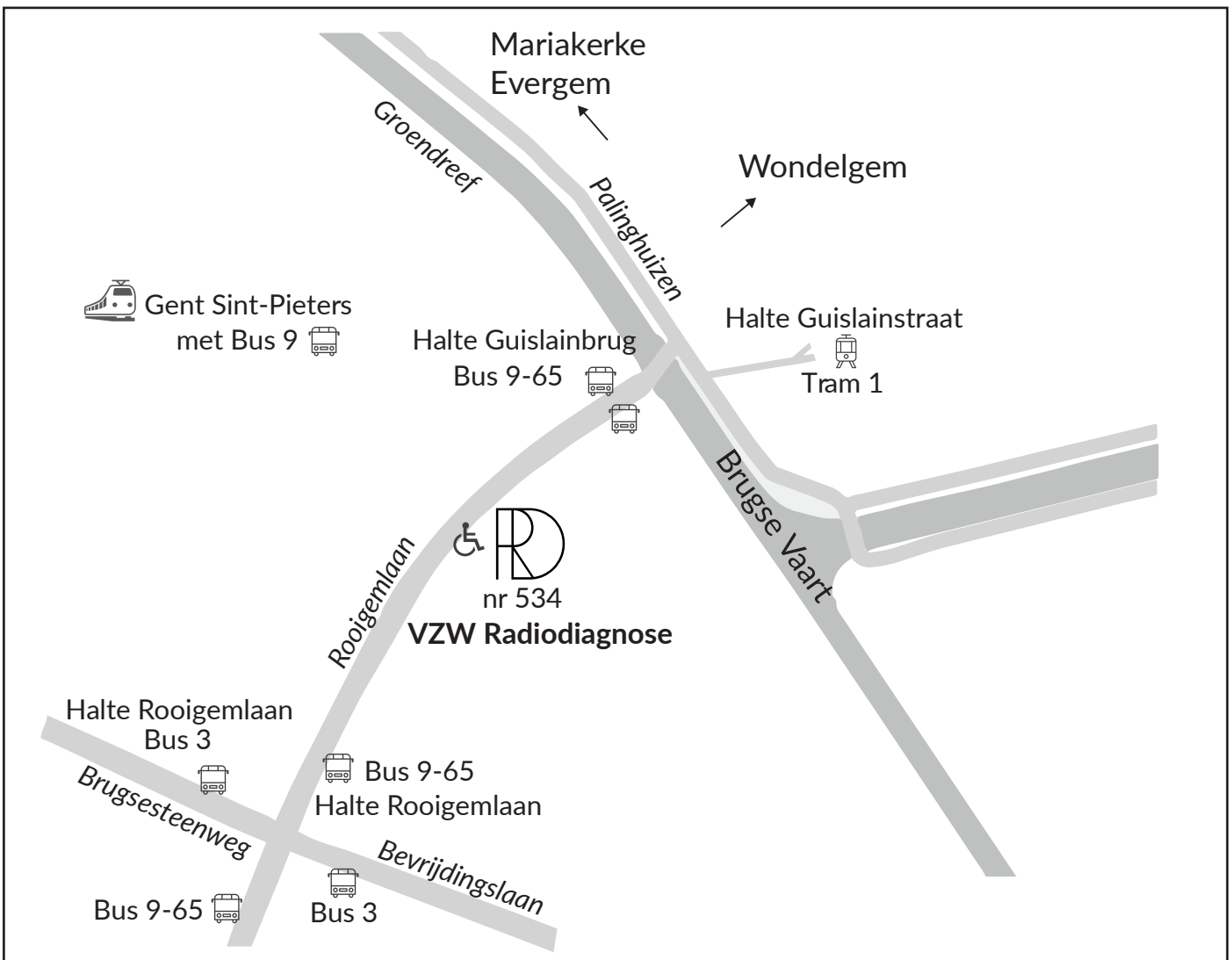
VZW Radiodiagnose

Dr. Al-Haidari A. - Dr. De Clercq L. - Dr. Ghekiere J.

Rooigemlaan 534 - 9000 Gent

Afspraken telefonisch via 09 227 22 33 of online via www.radiodiagnose.be

Beelden opvragen via PACSonWEB: www.rxgent.be



Openingsuren:

Maandag - Vrijdag
07u30 - 12u00
13u00 - 17u30

Zaterdag
08u00 - 10u30

Nuttige informatie:

Nuchter:
maag-darmonderzoek, echo bovenbuik

Volle blaas:
echo onderbuik, gynaecologisch,
prostaat suprapubisch, urinair stelsel

[I – Verord. 11-6-12 – B.S. 24-1-13 – art. 2; V – Verord. 19-03-18 – B.S. 9-4 – art. 2] (°)
[Bijlage 82

**Aanvraagformulier voor een onderzoek medische beeldvorming
(art. 5, 17 en 17bis NGV)**

Een aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist.

Identificatie van patiënt (invullen of strookje V.I.)

Naam:	Voorna(a)m(en):
Geboortedatum:	
Geslacht: <input type="checkbox"/> Mannelijk	<input type="checkbox"/> Vrouwelijk

Relevante klinische inlichtingen

Diagnostische vraagstelling

Relevante bijkomende inlichtingen

<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Nierinsufficiëntie	<input type="checkbox"/> Zwangerschap	<input type="checkbox"/> Implantaat
<input type="checkbox"/> Andere:				

Voorgesteld(e) onderzoek(en)

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

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> NMR	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> Echografie	<input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/> Onbekend
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

Stempel voorschrijver *

Datum:
Handtekening:

* Stempel voorschrijver met vermelding van naam, voornaam, adres en RIZIV-nummer.

]