



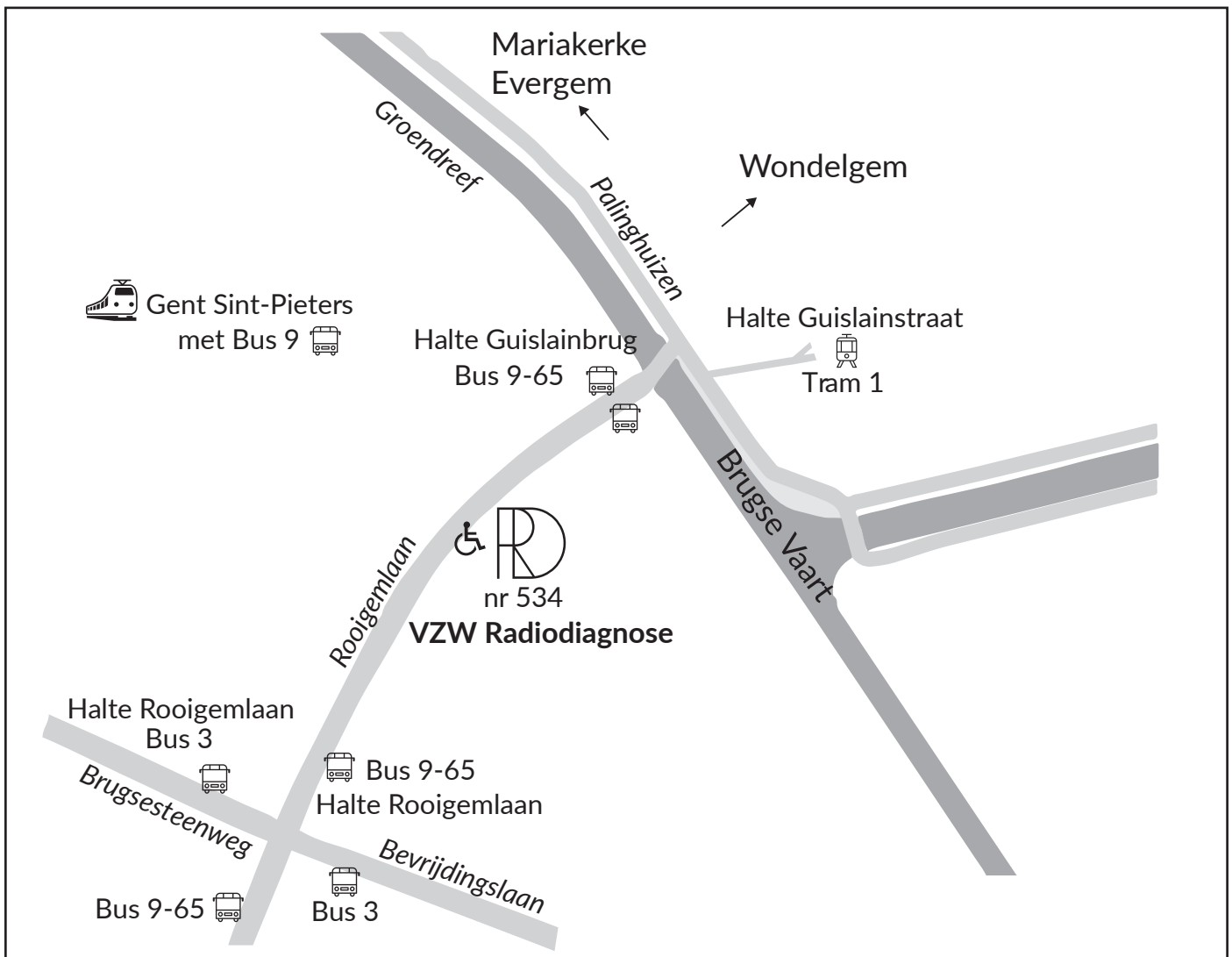
VZW Radiodiagnose

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



VZW RADIODIAGNOSE
 Rooigemlaan 534 – 9000 GENT
 Tel. 09/227.22.33
 www.radiodiagnose.be

IDENTITEITSKAART (EVENTUEEL KLEVER) MEEBRENGEN A.U.B. *

Naam:
 Voornaam:
 Geboortedatum: M V

ABDOMINAAL RX (NUCHTER)	OSTEO-ARTICULAIR		GYNAECOLOGIE
<input type="checkbox"/> Abdomen overzicht <input type="checkbox"/> + Echo <input type="checkbox"/> Slokdarm <input type="checkbox"/> Slokdarm-Maag-Duodenum <input type="checkbox"/> Slikfunctie	RX	ECHO	<input type="checkbox"/> Mammografie + Echo mammae Laatste mammografie datum + plaats Mammografie prémenopauzaal liefst in eerste week na menstruatie <input type="checkbox"/> Mammo-screening (50-69j, zonder echo = bevolkingsonderzoek = GRATIS) <input type="checkbox"/> Vergrotingsmammografie R - L
ABDOMINAAL ECHO (1 vakje per dag) <input type="checkbox"/> Bovenbuik volledig (nuchter) <input type="checkbox"/> Lever en galwegen (nuchter) <input type="checkbox"/> Nieren en blaas (volle blaas) <input type="checkbox"/> Buikwand <input type="checkbox"/> Appendix <input type="checkbox"/> Pylorus <input type="checkbox"/> Lies <input type="checkbox"/> Onderbuik <input type="checkbox"/> Transabd. (volle blaas) <input type="checkbox"/> Transvaginaal <input type="checkbox"/> Prostaat <input type="checkbox"/> Transrectaal <input type="checkbox"/> Scrotum	<input type="checkbox"/> Vinger R - L <input type="checkbox"/> Hand R - L <input type="checkbox"/> Pols R - L <input type="checkbox"/> Voorarm R - L <input type="checkbox"/> Elleboog R - L <input type="checkbox"/> Humerus R - L <input type="checkbox"/> Schouder R - L <input type="checkbox"/> Clavicula AC R - L <input type="checkbox"/> Scapula R - L <input type="checkbox"/> Teen R - L <input type="checkbox"/> Voet R - L <input type="checkbox"/> Statiek voet R - L <input type="checkbox"/> Enkel R - L <input type="checkbox"/> Hiel R - L <input type="checkbox"/> Onderbeen R - L <input type="checkbox"/> Knie R - L <input type="checkbox"/> Femur R - L <input type="checkbox"/> Heup R - L <input type="checkbox"/> Scannometrie OL	<input type="checkbox"/> Vinger R - L <input type="checkbox"/> Hand R - L <input type="checkbox"/> Pols R - L <input type="checkbox"/> Elleboog R - L <input type="checkbox"/> Schouder R - L <input type="checkbox"/> Teen R - L <input type="checkbox"/> Voet R - L <input type="checkbox"/> Achillespees R - L <input type="checkbox"/> Fascia Plantaris R - L <input type="checkbox"/> Enkel R - L <input type="checkbox"/> Knie R - L <input type="checkbox"/> Heup R - L <input type="checkbox"/> Baby <input type="checkbox"/> Heup <input type="checkbox"/> Sacrum <input type="checkbox"/> Spieren: <input type="checkbox"/> Overige: <input type="checkbox"/> Ribbenrooster	<input type="checkbox"/> Biopsie van <input type="checkbox"/> FNA van <input type="checkbox"/> Aspiratie van BIOPSIE INTERVENTIES OSTEO-ARTICULAIR Localisatie: <input type="checkbox"/> Gewricht: <input type="checkbox"/> Pees: <input type="checkbox"/> Peritendon: <input type="checkbox"/> Bursa: <input type="checkbox"/> Type: <input type="checkbox"/> Cortisone <input type="checkbox"/> Hyaluronzuur <input type="checkbox"/> PRP (autologe bloedplaatjes) <input type="checkbox"/> Needling <input type="checkbox"/> NACD (naald aspiratie calcium deposities) <input type="checkbox"/> Arthrografie van ANDERE <input type="checkbox"/> Botdensitometrie (DEXA-methode)
ECHOGRAFIE HALS (1 vakje per dag) <input type="checkbox"/> Hals totaal <input type="checkbox"/> Schildklier <input type="checkbox"/> Speekselklieren	WERVELZUIL RX <input type="checkbox"/> Cwz <input type="checkbox"/> Dwz <input type="checkbox"/> Lwz <input type="checkbox"/> + Bekken staand <input type="checkbox"/> + Flexie-extensie <input type="checkbox"/> Sacrum-coccyx <input type="checkbox"/> Sacro-iliacale gewrichten		LOCATIE & JAARTAL relevante voor- gaande onderzoeken: * Locatie: Jaartal: <input type="checkbox"/> PACSonWEB REFnr.:
KLEURENDOPPLER ECHO (1 vakje per dag) <input type="checkbox"/> Carotis + vertebralis <input type="checkbox"/> Halsvenen <input type="checkbox"/> Been arteriën R - L <input type="checkbox"/> Been venen R - L <input type="checkbox"/> Diep veneus (DVT) <input type="checkbox"/> Veneuze insufficiëntie <input type="checkbox"/> Arm arteriën R - L <input type="checkbox"/> Arm venen R - L <input type="checkbox"/> Levertaten <input type="checkbox"/> Arterieel / veneus <input type="checkbox"/> Transplant <input type="checkbox"/> Niervaten <input type="checkbox"/> Arterieel / veneus <input type="checkbox"/> Transplant <input type="checkbox"/> Aorta <input type="checkbox"/> Overige:	ADEMHALINGSSTELSEL <input type="checkbox"/> Thorax F - P <input type="checkbox"/> Thorax F <input type="checkbox"/> Ribbenrooster R - L <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> Sinussen <input type="checkbox"/> Schedel <input type="checkbox"/> Temporo-mandibulaire gewrichten <input type="checkbox"/> Adenoïden <input type="checkbox"/> Os nasale		

Relevante klinische inlichtingen *

Eén formulier per diagnostische vraagstelling Wettelijk dienen alle (*) ingevuld a.u.b.

Diagnostische vraagstelling *

Voorgesteld(e) onderzoek(en), of aanduiden hierboven *
 Stempel met Naam, Voornaam, Adres en RIZIV nr. + Datum én Handtekening a.u.b. *

Relevante bijkomende inlichtingen *
 Allergie Diabetes Anticoagulantia
 Nierinsufficiëntie Zwangerschap
 Implantaat Andere:
 Nieuwe aanvraagbriefjes
 Uitslag doorbellen op nr.: