



www.radiologiesintamandsberg.be
 Dendermondsesteenweg 449
 9040 Sint-Amandsberg
 09/228 03 33
 secretariaat@radiologie.gent

Identificatie van de patiënt:

(invullen of strookje v.l.) *

Naam:
 Voornaam:
 Geboortedatum:
 Geslacht: Mannelijk Vrouwelijk

Relevante klinische inlichtingen: *

Diagnostische vraagstelling: (1 aanvraag per klinische vraagstelling aub) *

Relevante bijkomende inlichtingen: *

Allergie Diabetes Nierinsufficiëntie Zwangerschap Implantaat Andere:

VOORGESTELD ONDERZOEK: (Invullen of hieronder aankruisen aub) *

Vorig(e) relevant(e) onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling:*

RX Echo CT MR Onbekend Andere:

ADEMHALINGSSTELSEL RX :	SENOLOGIE - MAMMOGRAFIE:	SENOLOGIE - ECHO:	ABDOMEN - ECHO :
<input type="checkbox"/> Thorax - Face en profiel <input type="checkbox"/> Thorax - Face	<input type="checkbox"/> Screening overheid: 50-69j <input type="checkbox"/> Screening individueel (→ + echo indien nodig)		<input type="checkbox"/> Abdomen totaal (nuchter + volle blaas) <input type="checkbox"/> Lever - Gal (nuchter) <input type="checkbox"/> Pancreas - Milt (nuchter) <input type="checkbox"/> Nieren en blaas (volle blaas) <input type="checkbox"/> Bekken <input type="checkbox"/> Transvesicaal (volle blaas) <input type="checkbox"/> Transvaginaal
SCHEDDEL RX : <input type="checkbox"/> Sinussen <input type="checkbox"/> Neus <input type="checkbox"/> Temporomandibulaire gewrichten <input type="checkbox"/> Adenoïden	<input type="checkbox"/> Diagnostische mammografie <input type="checkbox"/> met tomosynthese <input type="checkbox"/> Hoog-risico mammografie	<input type="checkbox"/> Echo borsten <input type="checkbox"/> + Echo	<input type="checkbox"/> Prostaat transrectaal <input type="checkbox"/> Scrotum
WERVELZUIL RX : <input type="checkbox"/> CWZ <input type="checkbox"/> DWZ <input type="checkbox"/> LWZ <input type="checkbox"/> + Bekken staande (statiek) Full Spine <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Profiel <input type="checkbox"/> Sacrum - Coccyx <input type="checkbox"/> SI-gewrichten	MUSCULOSKELETAAL RX: <input type="checkbox"/> Ribbenrooster <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Clavicula / AC <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Scapula <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Schouder <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Humerus <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Elleboog <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Onderarm <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Pols <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Vinger: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Bekken <input type="checkbox"/> Pelvimetrie <input type="checkbox"/> Heup <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> + Patella <input type="checkbox"/> + Schüss <input type="checkbox"/> Onderbeen <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> statiek / staand <input type="checkbox"/> Hiel (spoor) <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Voet <input type="checkbox"/> met statiek <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Teen: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	MUSCULOSKELETAAL ECHO: <input type="checkbox"/> Ribbenrooster <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Nek - Occiput - Schedel <input type="checkbox"/> Axilla <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Schouder <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Bovenarm <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Elleboog <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Onderarm <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Pols <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Vinger: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Rugspieren <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Buikwand <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Lies <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Heupen neonati (< 6 mnd) <input type="checkbox"/> Heup/Trochanter <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Bovenbeen <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Onderbeen <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Achillespees <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Fascia plantaris <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Voet <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Teen: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	HALS - ECHO : <input type="checkbox"/> Hals totaal <input type="checkbox"/> Schildklier
ABDOMEN RX : <input type="checkbox"/> Abdomen overzicht			INTERVENTIES: <input type="checkbox"/> Facetinfiltratie: <input type="checkbox"/> Schouder <input type="checkbox"/> Infiltratie bursa / tendinitis <input type="checkbox"/> Lavage/wash-out (kalk) <input type="checkbox"/> Distensie (capsulitis) <input type="checkbox"/> Elleboog <input type="checkbox"/> Pols <input type="checkbox"/> Duim <input type="checkbox"/> Carpale tunnel <input type="checkbox"/> Springvinger <input type="checkbox"/> Trochanter <input type="checkbox"/> Adductoren <input type="checkbox"/> Baker cyste <input type="checkbox"/> Aspiratie hydrops knie <input type="checkbox"/> Fasciitis plantaris <input type="checkbox"/> Morton <input type="checkbox"/> Heup → <input type="checkbox"/> Cortisone <input type="checkbox"/> Hyaluronzuur <input type="checkbox"/> Knie → <input type="checkbox"/> Cortisone <input type="checkbox"/> Hyaluronzuur <input type="checkbox"/> Enkel → <input type="checkbox"/> Cortisone <input type="checkbox"/> Hyaluronzuur <input type="checkbox"/> Gewricht: <input type="checkbox"/> Pees:
PAP-ONDERZOEK RX : <input type="checkbox"/> Slikfunctie <input type="checkbox"/> Slokdarm <input type="checkbox"/> Slokdarm-Maag-Duodenum			BIOPSIE : <input type="checkbox"/> FNAC: <input type="checkbox"/> Biopsie: <input type="checkbox"/> Aspiratie:
KLEURENDOPPLER - DUPLEX : <input type="checkbox"/> Carotis + Vertebralis <input type="checkbox"/> Bovenste / Onderste Ledematen <input type="checkbox"/> Arterieel <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Veneus <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Lidmaat follow-up veneus <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Aorta - Vena Cava Inferior - Iliacaal <input type="checkbox"/> Levervaten <input type="checkbox"/> Nieren (<input type="checkbox"/> Transplant)			

Graag nieuwe aanvraagformulieren

Indien relevant onderzoek bij Collega,
 graag PACS-on-WEB referentienummer

Resultaten doorbellen naar:

STEMPEL + HANDTEKENING + DATUM *

Kopie van verslag naar:

* Verplicht in te vullen



Enkel op afspraak.

Telefonisch via 09 228 03 33 elke weekdag tussen 8u en 20u, op zaterdag van 9u tot 12u .

Breng je identiteitskaart en voorschrift mee.

Echografie bovenbuik: 4 uur nuchter

Echografie onderbuik: met volle blaas

Echografie volledige buik: 4 uur nuchter en volle blaas

Meer gedetailleerde info op

www.radiologiesintamandsberg.be

Openingsuren

Ma, Di, Woe, Do:

8u – 12u30 en 13u30 – 18u30

Vrij:

8u – 12u30 en 13u30 – 18u

Za, Zo:

Gesloten

