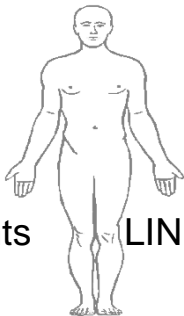




## GELIEVE U EERST AAN TE MELDEN AAN DE ALGEMENE RECEPTIE VOOR KLEVERS

Terugbetaling door het RIZIV pas mogelijk als alle RUBRIEKEN in VET KADER CORRECT EN VOLLEDIG INGEVULD zijn door de aanvragende geneesheer (cfr. RIZIV-bepalingen 1/3/2013)

<b>NAAM:</b> ..... <b>GEBOORTEDATUM:</b> / /		<b>DATUM:</b> / /	
<i>Enkel</i> <b>PATIENTENKLEVER</b>		<b>Aanvragende arts:</b>  <b>Stempel:</b>  <b>Handtekening:</b>  <u>Stempel en handtekening van de aanvrager zijn verplicht</u>	
<b>ZWANGER:</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN  <b>TRANSPORT:</b> <input type="checkbox"/> Mobiel <input type="checkbox"/> Met rolstoel <input type="checkbox"/> Met bed <b>Ambulant</b> <input type="checkbox"/> <b>Hosp. op kamer:</b> [ ] , dienst: [ ]		<input type="checkbox"/> Terug naar consultatie  <input type="checkbox"/> Dubbel protocol naar .....	
<b>ONDERZOEK(EN):</b>   <p>Gelieve voor het onderzoek tandprotheses, pruik, gehoorapparaten, juwelen (oorringen, piercings, kettingen) uit te nemen en mascara te verwijderen.</p>			
 Rechts LINKS			
<b>KLINISCHE GEGEVENS</b>			
<b>DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING</b> (1 diagnostische vraagstelling per aanvraag)			
<b>Vorige relevante onderzoeken in verband met diagnostische vraagstelling</b> <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> NMR <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Echografie <input type="checkbox"/> Andere: ..... <input type="checkbox"/> Onbekend Resultaten:			
<b>Bijkomende inlichtingen:</b> <b>Gewicht:</b> ..... <b>Lengte:</b> ..... <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Nierinsufficiëntie  <input type="checkbox"/> implantaat <input type="checkbox"/> Andere: .....  Nierfunctie: noodzakelijk bij aanvraag met IV contract <input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> creatinineklaring: [ ] <input type="checkbox"/> creatinine: [ ]		Pacemaker of <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Defibrilator <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Cochleaire implant <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Ijzerfragmentjes in orbita <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Schwann Ganz <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Cerebrale aneurysma clip <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Cerebrale of andere ingreep <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Zo ja, datum ingreep: / /  Datum laatste menstruatie:	
<b>ORDER RADIOLOOG:</b> (dit is voor intern gebruik op NMR)		<b>Jan Yperman Ziekenhuis</b> Briekestraat 12 8900 IEPER Tel: 057 / 35 74 00 Fax: 057 / 35 74 29	
Paraaf:			