

Radiologie Willebroek
Dr. De Boeck Michel, Dr. Cruz-Conde Carmen
 August van Landeghemstraat 63
 2830 Willebroek
 Tel: +3238863434
 Mail: info@radiologiewillebroek.be
 Beelden en verslag: radiologiewillebroek.be

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

Naam en voornaam:

Geboortedatum:

Geslacht: mannelijk vrouwelijk

⚠ Eén aanvraag per diagnostische vraagstelling **⚠ Wettelijk dienen alle **zeven (*)** ingevuld aub**

<p>Abdominaal RX</p> <p><input type="checkbox"/> Abdomen overzicht <input type="checkbox"/> Slokdarm - Maag - Duod. <input type="checkbox"/> Slikmechanisme - Slokdarm</p>	<p>Beenderstelsel</p> <p><input type="checkbox"/> Vinger - hand - pols R - L <input type="checkbox"/> Voorarm R - L <input type="checkbox"/> Elleboog R - L <input type="checkbox"/> Bovenarm R - L <input type="checkbox"/> Schouder, scapula, clavicula R - L</p> <p><input type="checkbox"/> Teen - Voet - Enkel R - L <input type="checkbox"/> Onderbeen R - L <input type="checkbox"/> Knie R - L <input type="checkbox"/> Knie + Axiaal + Condyll R - L</p> <p><input type="checkbox"/> Heup R - L <input type="checkbox"/> Femur R - L <input type="checkbox"/> Bekken <input type="checkbox"/> Ribben R - L <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> Lengtemeting onderste ledematen (scanometrie) <input type="checkbox"/> Beenderleeftijd</p>	<p>Wervelzuil</p> <p><input type="checkbox"/> Full Spine F. of F.P. (scoliosemeting staande) <input type="checkbox"/> CWZ <input type="checkbox"/> DWZ <input type="checkbox"/> LWZ + bekken staande <input type="checkbox"/> Sacro-iliac. gewr. <input type="checkbox"/> Sacrum-coccyx</p>
<p>Echografie van</p> <p><input type="checkbox"/> Bovenste buikverdiep <input type="checkbox"/> Lever - Galblaas - Pancreas <input type="checkbox"/> Pancreas - Milt <input type="checkbox"/> Nieren + evt. blaas <input type="checkbox"/> Kleine Bekken <input type="checkbox"/> Zwangerschap <input type="checkbox"/> Borsten <input type="checkbox"/> Ledematen <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> Endorectale prostaatechografie <input type="checkbox"/> Scrotum <input type="checkbox"/> Duplex - Doppler van: <input type="checkbox"/> arterieel <input type="checkbox"/> veneus</p>	<p>Schedel</p> <p><input type="checkbox"/> Schedel standaard <input type="checkbox"/> Sinussen <input type="checkbox"/> Maxilla-Mandibula <input type="checkbox"/> Neusbeentje <input type="checkbox"/> Orbitae <input type="checkbox"/> Kaakgewrichten <input type="checkbox"/> Speeseldklierstreek <input type="checkbox"/> Orthopantomogram</p>	<p>Ademhalingsstelsel</p> <p><input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Trachea + Larynx</p> <p>Gynaecologie - senologie</p> <p><input type="checkbox"/> Screeningmammografie (2-jaarlijks - patiënt 50t.e.m. 69 j.) <input type="checkbox"/> Diagnostische Mammografie + evt. echo <input type="checkbox"/> Echo borsten <input type="checkbox"/> Echo uterus + ovaria</p> <p>Andere onderzoeken</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrografie van: </p> <p><input type="checkbox"/> Botdensitometrie (terugbetaald indien criteria tussenkomst en risicovariabelen bijgevoegd)</p> <p><input type="checkbox"/> Infiltratie onder echo/RX van: </p>

Relevante klinische inlichtingen: *

Diagnostische vraagstelling: *

Voorgestelde onderzoek(en) of aanduiden hierboven *

Stempel met naam, voornaam, adres en RIZIVnr + datum en handtekening aub *

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

CT NMR
 RX Echografie
 Andere Onbekend

Relevante bijkomende inlichtingen *

Allergie Diabetes
 Nierinsufficiëntie Zwangerschap
 Implantaat Andere

nieuwe aanvraagbriefjes
 uitslag doorbellen op nr: