



## Radiologie Dokters Van Meerbeek bvba

Dr. E. Van Meerbeek  
Dr. S. Van Meerbeek

Radiografie  
Echografie  
Mammografie  
Botdensitometrie  
Orthopantomografie

Puursesteenweg 39  
2880 Bornem  
Tel: 03/889 13 03  
03/899 13 03  
Fax: 03/400 52 27

AFSPRAKEN ONLINE:

<http://www.rad-vanmeerbeek.be>

PACS ON WEB (beelden en verslag):

<http://beelden.rad-vanmeerbeek.be>

### AANVRAAGFORMULIER VOOR EEN ONDERZOEK MEDISCHE BEELDVORMING

(art. 17 en 17bis NGV) - 1 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 (invullen)

----------------------

#### Diagnostische vraagstelling (invullen)

----------------------

#### Relevante bijkomende inlichtingen (invullen en/of aankruisen)

<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) (invullen)

----------------------

#### Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling (invullen en/of aankruisen)

<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 (Stempel voorschrijver met vermelding van naam, voornaam, adres en RIZIV-nummer).

----------------------

Datum:

Handtekening: