

Naam: _____
Voorletter(s): _____
Geboortedatum: _____ Man Vrouw
Adres: _____
Postcode + woonplaats: _____
Telefoon: _____
BSN: _____

Telefoonnummer: (073) 553 26 00
E-mail: radiologiejbzfrontoffice@jbz.nl

Aanvragend arts:

datum aanvraag:

RADIOLOGIE

Aanvraag CT/MRI onderzoek

Voor MRI/CT dient het volledig ingevulde formulier op de afdeling radiologie aanwezig te zijn alvorens een afspraak gemaakt kan worden!

MEDISCHE GEGEVENS EN VRAAGSTELLING

ALGEMEEN

Eerdere contrastreactie Ja Nee Lengte : _____
Mobiliteit Mobiel Rolstoel Gewicht : _____

ONDERZOEKEN

CT

- Cerebrum
- Thorax
- Abdomen
- Virtuele coloscopie

- Overig (onderzoek alleen in overleg met radioloog): _____

MRI

- Cerebrum
- Cervicale wk
- Thoracale wk
- Lumbale wk
- Knie Li Re
- Overig (onderzoek alleen in overleg met radioloog): _____

CONTRA-INDICATIE

VRAGEN TBV CT

- Hyperthyroidie Ja Nee
- Diabetes: Nee Insuline Tablet
- Leeftijd >60 jaar
 - Diabetes Mellitus
 - Hart- en vaatlijden
 - Hypertensie
 - Urologische of nefrologische voorgeschiedenis
 - M.Kahler / M. Waldenström
 - Gebruik medicatie: diuretica, NSAID, aminoglycosiden en metformine

Indien een van bovenstaande van toepassing:
Serum kreatinine bepalen.

GFR waarde

Niet ouder dan 2 mnd.

VRAGEN TBV MRI

Vragenlijst door aanvrager én patiënt in te vullen.
De MRI maakt gebruik van een sterk magneetveld. Voordat het onderzoek begint, is het belangrijk te weten of er metalen voorwerpen op of in het lichaam aanwezig zijn. Deze metalen kunnen storingen en/of complicaties geven bij het MRI onderzoek. Wij vragen u daarom de volgende vragen zorgvuldig te beantwoorden. Indien u een of meerdere vragen met ja beantwoordt, kan het onderzoek niet altijd doorgaan.

- Bent u bekend met Nierfunctiestoornis (NFS)? nee ja
Zo ja, GFR waarde invullen in vakje onder "Vragen tbv CT"
- Heeft u angst in kleine ruimtes (claustrofobie)? nee ja
Zo ja, afspraak maken voor proefliggen of eventuele medicijnen via aanvragend arts.
- Heeft u een pacemaker of onderhuidse defibrillator voor het hart? nee ja
Zo ja, MRI niet mogelijk (Implantatie vanaf 2011: overleg met cardioloog)
- Heeft u borstprothesen voorzien van een (metalen) ventiel? nee ja
Merk: Modeltype: Datum operatie: Welk ziekenhuis? _____
- Heeft u een hartklep prothese? nee ja
Merk: _____ Modeltype: Datum operatie: Welk ziekenhuis? _____
- Heeft u bloedvatclips, stents of coils in het lichaam? nee ja
Wat? _____ Waar? _____ Datum plaatsing: _____
- Kunt u metaalsplinters in het oog hebben? nee ja
Zo ja, eerst röntgenfoto van de ogen
- Bent u ooit gewond geraakt door metaalscherven of kogels? nee ja
Wat? _____ Waar? _____ Wanneer? _____
- Heeft u een elektronisch, mechanisch of magnetisch implantaat? nee ja
(Bijv een geneesmiddelenpomp.)
Wat? _____ Waar? _____ Datum plaatsing: _____
- Heeft u een inwendig gehoорimplantaat? (bijv. BaHa) nee ja
ziekenhuis: _____
- Heeft u koper/metaal bevattend spiraaltje? nee ja
Zo ja, onderzoek mag niet op 3T-MRI
- Bent u mogelijk zwanger? nee ja
Zo ja, aantal weken: _____

Alleen invullen voor MRI MAMMA

- Menstruele cyclus? nee ja
Wanneer was de eerste dag van uw laatste menstruatie? _____
Om de hoeveel weken heeft u uw menstruatie? _____

Handtekening patiënt

Naam: _____
Voorletter(s): _____
Geboortedatum: _____ Man Vrouw
Adres: _____
Postcode + woonplaats: _____
Telefoon: _____
BSN: _____

Aanvragend arts:

datum aanvraag:

Telefoonnummer: (073) 553 26 00
E-mail: radiologiejbzfrontoffice@jbz.nl

RADIOLOGIE

Aanvraag algemeen onderzoek

MEDISCHE GEGEVENS EN VRAAGSTELLING

Overlegd met radioloog nee ja Indien ja, welke radioloog? _____

ONDERZOEKEN

CONVENTIONEEL

- Thorax
- Sinus
- Buikoverzicht
- CWK
- THWK
- LWK
- Schouder Li Re
- Bovenarm Li Re
- Elleboog Li Re
- Onderarm Li Re
- Pols Li Re
- Hand Li Re
- Skeletleeftijd
- Clavicula Li Re
- Scapula Li Re

- Bekken
- Heup Li Re
- Bovenbeen Li Re
- Knie Li Re
- Onderbeen Li Re
- Enkel Li Re
- Voet Li Re
- Mammografie (zonodig echografie)
- D.E.X.A. (botdensitometrie)
- Oesophagus-maag-duodenum
- Overig: _____

ECHO

- Hals / schildklier
- Schouder Li Re
- Bovenste extremiteit Li Re
- Mamma Li Re
- Oksel / axilla Li Re
- Bovenbuik / abdomen
- Buikwand
- Nieren
- Onderbuik
- Lies Li Re
- Testis Li Re
- Heupen Li Re
- Onderste extremiteit Li Re
- Knie Li Re
- Thoraxwand
- Rugwand
- Overig: _____
- Punctie van de: _____

CONTRA-INDICATIE

Indien punctie:

Gebruik patiënt anti-stolling?

nee ja

Zo ja, welke? _____

Aanvrager treft passende voorbereidingsmaatregelen conform anti-stollingsbeleid

Handtekening aanvrager _____

Diabetes

- Nee
- Insuline
- Tabletten

Voor algemene radiologische onderzoeken verzoeken wij u een afspraak te maken via telefoonnummer (073) 553 26 00

Radiologie participeert in Jeroen Bosch Diagnostiek. Telefoon (073) 553 36 99

Locatie 's-Hertogenbosch
Henri Dunantstraat 1
5223 GZ Den Bosch

Locatie Boxtel
Liduinahof 35
5280 AD Boxtel

Locatie Drunen
Tinie de Munnikstraat 17
5151 VW Drunen

Locatie Rosmalen
De Hoef 90
5242 CN Rosmalen

Locatie Zaltbommel
Gamerschestraat 32a
5301 AS Zaltbommel