

Radiologisch Centrum Meise – Dr. J. R. Schoysman
Nieuwelaan 47 – 1860 Meise
Tel: 02 / 270 00 72 – GSM: 0497 / 540 977

Aanvraagformulier voor een onderzoek medische beeldvorming (art. 17 en 17bis NGV)

Per klinische probleemstelling is een afzonderlijk aanvraagformulier vereist

Identificatie van de patiënt (invullen of kleeftbriefje V.I.)

Naam:	Voorna(a)m(en):
Geboortedatum:	
Geslacht	☐ Mannelijk ☐ Vrouwelijk

Relevante klinische inlichtingen

--

Diagnostische vraagstelling

--

Relevante bijkomende inlichtingen

☐ Allergie	☐ Diabetes	☐ Nierinsufficiëntie	☐ Zwangerschap	☐ implantaat
☐ Andere:				

Voorgesteld(e) onderzoek(en)

--

Eerder voorgesteld(e) onderzoek(en) met betrekking tot de diagnostische vraagstelling

☐ CT	☐ NMR	☐ RX	☐ Echografie	☐ Andere:	☐ Onbekend
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

Stempel van de voorschrijvende arts *

Datum:	Stempel:
Handtekening:	