

Datum uitvoering:

.. / .. / 20..

## Voorschrift Radiologie

Indien geen etiket: VE: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_ **Patiëntenetiket** \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

- Bed
- Rolstoel
- Te voet zonder begeleiding
- Te voet met begeleiding

- Aërogene isolatie
- Aërogene-contactisolatie
- Contactisolatie
- Chloor-contactisolatie
- Druppelisolatie
- Druppel-contactisolatie
- Bijzondere contactisolatie (MRSA)

### (1) Relevante klinische inlichtingen

### (2) Diagnostische vraagstelling

### (3) Relevante bijkomende inlichtingen

- Allergie     Diabetes     Nierinsufficiëntie     Zwangerschap     implantaat     Andere: \_\_\_\_\_

### (4) Voorgesteld(e) onderzoek(en)

### (5) Vorig(e) relevant(e) onderzoek(en) in verband met diagnostische vraagstelling

- CT     NMR     RX     Echografie     Andere: \_\_\_\_\_     Onbekend

(6) Datum: \_\_\_\_\_

(1), (2), (3), (4), (5), (6) en (7) bij de wet verplicht in te vullen  
(cfr. RIZIV-bepalingen per 01.03.2013)

(7) Stempel + handtekening  
met vermelding van naam,  
voornaam, adres en RIZIV-  
nummer

STEMPEL