



naam aanvragende arts

geboortedatum handtekening

tel.nr. aanvr. arts

datum aanvraag

datum afspraak

PATIËNTSTICKER

Maak altijd een afspraak voor uw radiologisch onderzoek via afspraken centrale radiologie, telefoon: ☎ 0344-674233.
 Openingstijden: maandag t/m vrijdag van 08.00- 17.00 uur. Geef s.v.p. duidelijk uw voorkeur voor locatie
Radiologie Tiel of **Radiologie Culemborg** aan!

MEDISCHE GEGEVENS

.....

.....

VRAAGSTELLING

.....

.....

De aanvrager verklaart de mogelijkheid van zwangerschap met de patiënte besproken te hebben.

Zwangerschap: ja nee

RÖNTGENONDERZOEK:

SCHEDEL / AANGEZICHT

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> sinus | |
| <input type="checkbox"/> adenoïd | |
| <input type="checkbox"/> orbita | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> zygoma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> mandibula | |

WERVELKOLOM

- cervicale wk
- thoracale wk
- lumbosacrale wk
- sacrum/os coccygis

ABDOMEN

- buikoverzicht

BOVENSTE EXTREMITEITEN

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> schouder | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> clavicula | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> acromio-claviculair gewricht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> scapula | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> humerus | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> elleboog | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> onderarm | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> pols | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> os scaphoideum | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> hand | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> vinger(s) dig..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> gehele arm (kind) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> skeletleeftijd | |

THORAX

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> thorax | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ribdetail | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

ONDERSTE EXTREMITEITEN

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> bekken | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> heup | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> femur | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> knie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> onderbeen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> enkel | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> voet | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> calcaneus | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> voorvoet | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> gehele been (kind) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

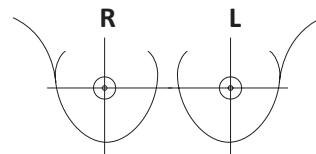
MAAG/DARMKANAAL

- oesophagus
- slikactie
- maag
- coloninloop

MAMMA

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> mammografie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <i>indien palpabele afwijkingen:</i> | |
| <input type="checkbox"/> echo mamma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

weergave palpabele afwijkingen:



ECHOGRAFIE

- | | | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> echo hals | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> echo schouder | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> echo heupjes 3-10 mnd | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> echo buik | | <input type="checkbox"/> echo trombose arm | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> echo trombose been | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> echo lies | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> echo scrotum | | <input type="checkbox"/> echo knieholte | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> echo onderbuik | | <input type="checkbox"/> echo achillespees | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

DEXAMETING

- botdichtheidsmeting
- patiënt heeft: heupprothese
- osteosynthese rug

OVERIGE ONDERZOEKEN