

**HUISARTS aanvraag MRI onderzoek****NOODFORMULIER**

naam \_\_\_\_\_

geb.datum \_\_\_\_\_

datum aanvraag \_\_\_\_\_

huisarts (stempel)

datum + tijd afspraak \_\_\_\_\_

**Maak altijd een afspraak voor uw MRI onderzoek en geef s.v.p. duidelijk aan dat het een MRI onderzoek betreft.****Telefoon afdeling Radiologie Tiel: (0344) 674233;**

Telefonische bereikbaarheid: ma. t/m vr. van 8.30 - 12.00 uur en van 13.00 - 16.30 uur.

**De aanvragend arts verklaart, dat de patiënt**

- geen pacemaker of pacemakerdraden heeft.
- geen cerebrale vaatclips van voor 1990 heeft.
- geen gehoorbeenimplantaat heeft.
- geen metaalsplinters in de ogen heeft (gehad) (metaalbewerker).

**Dit kunnen absolute contra-indicaties zijn!**

Bij twijfel of vragen over een contra-indicatie gaarne overleg: (0344) 674681.

Het is essentieel dat onderstaande relatieve contra-indicaties worden nagevraagd.

Eerste trimester van de graviditeit  ja  neeKan de patiënt 30 min. stil liggen  ja  neeHeeft de patiënt een insulinepomp  ja  neeHeeft de patiënt een neurostimulator  ja  neeHeeft de patiënt claustrofobie  ja\*  neeHeeft de patiënt overige corpora aliena  ja  nee

Gewicht van de patiënt is \_\_\_\_\_ kg

BMI van de patiënt is \_\_\_\_\_

\*Proefliggen  ja  nee

Paraaf aanvragend huisarts: \_\_\_\_\_

**NEURAXIS** lumbo-sacrale wervelkolom (LWK)**Indicaties**

- Verdenking (pseudo) radiculair syndroom (niveau vermelden)
- Verdenking neurogene claudicatie
- Niet bij inzakkingsfractuur, lysis of pijn zonder uitstraling

**MUSCULOSKELETAAL** knie rechts knie links**Indicaties**

- Verdenking bandletsel
- Verdenking meniscusletsel
- Hydrops eci
- Verdenking Bakerse cyste
- Niet bij artrose of fractuur, dan X-knie

**Medische gegevens / vraagstelling**

---

---

---

---

---

---

S.v.p. MRI onderzoeken uit andere ziekenhuizen samen met dit formulier met de patiënt meegeven.  
ONVOLLEDIG INGEVULDE FORMULIEREN WORDEN GERETOURNEERD NAAR DE AANVRAGER.