|  |  |
| --- | --- |
| Aanvraagformulier MRI onderzoek  Fax 0880 8888 99 E-mail [afspraak@mricentrum.nl](mailto:afspraak@mricentrum.nl)  **Patiëntgegevens (\* verplicht in te vullen velden)**  Naam/ Initialen\*: {PatientName} M/V  Geb. datum\*: {PatientDOB}  Adres: {Address}  Postcode/ Plaats: {Zip}/ {City}  Telefoon/ mobiel\*: {PatientPhone}  E-mailadres: {EMAIL}  Burgerservicenummer: {SSN}  Verzekeringsmij./nr.:  Locatie voorkeur: Amsterdam/ Breda/ Den Bosch/ Ede/ Eindhoven/ Groningen/ Rijswijk/ Rotterdam/ Utrecht | |
| **Graag volledig invullen of SOEP uitdraai meesturen**  Voorgeschiedenis:  Klinische gegevens:  Vraagstelling:  Wanneer u afwijkt van de richtlijnen voor uw beroepsgroep (o.a. NHG), wat is daarvoor de reden?  ○ ondersteuning van besluit voor conservatief beleid  ○ anders namelijk | **Type MRI onderzoek**  (combinaties zijn mogelijk)  ○ Schedel  ○ CWK  ○ LWK  ○ Schouder L/R  ○ Pols/ Hand L/R  ○ Knie L/R  ○ Enkel/ Voet L/R  ○ Overig  **Svp invullen bij CWK of LWK**  ***Bij CWK aanvraag:***  Radiculair ja/nee  Progressief neurologisch deficiet ja/nee  Spierzwakte ja/nee  Tekenen van myelumcompressie ja/nee  ***Bij LKW aanvraag:***  Eerdere OK (met nieuwe neurologische bevindingen)  ja/nee  Zo ja, welk niveau  Klachten > 6 weken ja/nee  Radiculair ja/nee  Welke kant L/R/BDZ  Krachtverlies ja/nee  Sensibiliteitsstoornissen ja/nee |
| **Absolute MRI contra-indicaties**  ● Pacemaker ja/nee  ● Cochleair implantaat ja/nee  ● Geïmplementeerde insulinepomp ja/nee  ● Aneurysma clips<1990 ja/nee  ● Metaalfragmenten in het oog ja/nee  ● Zwaarder dan 140 kg ja/nee  Bijzonderheden  ● HBV drager ja/nee  ● BRMO drager (bv.MRSA) ja/nee  ● Afwijkende nierfunctie ja/nee Indien ja: GFR waarde i.v.m. evt. gadoliniumtoediening (CIN) | **Relatieve MRI contra-indicaties**  ● Hartklepprothese\* ja/nee  ● Neurostimulator\* ja/nee  ● Binnenoorimplantaten\* ja/nee  ● Vasculaire stent, coils of filter\* ja/nee  ● Claustrofobie ja/nee  ● Zwangerschap < 12 weken? ja/nee  ● Is de patiënt beperkt in zijn/haar mobiliteit?  ja/nee  (\*specificeer merk, type en wanneer geplaatst) |
| **Aanvrager**  Naam arts:  Naam praktijk:  Adres:  Postcode/ Plaats:  Telefoon/ Spoedlijn:  Fax:  E-mail:  AGB code huisarts:  Handtekening: | **Kopie verslag naar**  Naam:  Telefoon/fax:  E-mail:  Adres:  Postcode/ Plaats: |