|  |
| --- |
| Aanvraagformulier MRI onderzoekFax 0880 8888 99 E-mail afspraak@mricentrum.nl**Patiëntgegevens (\* verplicht in te vullen velden)**Naam/ Initialen\*: {PatientName} M/VGeb. 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/neeProgressief neurologisch deficiet ja/neeSpierzwakte ja/neeTekenen van myelumcompressie ja/nee***Bij LKW aanvraag:***Eerdere OK (met nieuwe neurologische bevindingen)  ja/neeZo ja, welk niveau Klachten > 6 weken ja/neeRadiculair ja/neeWelke kant L/R/BDZKrachtverlies ja/neeSensibiliteitsstoornissen 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/neeBijzonderheden● 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: |