



Patiëntgegevens

Naam* _____
Adres _____
Postcode _____
Plaats _____
Telefoonnummer _____

Geboortedatum* _____
Geslacht vrouw man
Rijksregister nr. / BSN nr. / Paspoort nr.* _____

Klinische gegevens*

Vraagstelling*

Gevraagd MRI onderzoek*

Contrast* ja nee

Mogelijke MRI contra-indicaties

Ferromagnetische, elektrische, mechanische implantaten* ja nee
Zoals o.a. pacemaker, cochlea implantaten, _____
aneurysma clips, neurostimulator, overige ... _____
Metaalfragmenten in het oog?* ja nee
Indien ja eerst x-foto maken
Is er sprake van claustrofobie bij de patiënt?* ja nee
Is er sprake van overgewicht bij de patiënt?* ja nee
Zwangerschap < 12 weken?* ja nee

Hartkleprothese ja nee
Zo ja, welke?* _____
Operatie < 6 weken?* ja nee
Zo ja, waar?* _____
Lengte in cm _____
Gewicht in kg _____
Is de patiënt mobiel?* ja nee

Naam aanvrager* _____
AGB/RIZIV nummer* _____

Telefoon _____

*Vereiste velden**

Ondertekende verklaart hiermee bij de patiënt bovenstaande te hebben nagevraagd.

Datum

Handtekening

Open MRI Zen

Nieuwstraat 56 A, 4524 EG Sluis (NL)
+31 117 79 91 10 (NL), +32 9 396 06 90 (BE)
info@openmrizen.com, www.openmrizen.com