



Patiëntgegevens

Naam* _____
Geboortedatum* _____
Mobiël nummer* _____
E-mailadres* _____

BSN nr. / Rijksregister nr. _____

Adres _____

Geslacht vrouw man

Klinische inlichtingen*

Vraagstelling*

Gevraagd MRI of ECHO onderzoek*

Contrast gewenst? ja nee nvt

Mogelijke MRI contra-indicaties? (indien ja gelieve vooraf telefonisch contact met ons op te nemen)

• Heeft de patiënt één van de volgende (geïmpanteerde) hulpmiddelen (gehad):
Een pacemaker, loop recorder (ILR/IER) of ICD, metalen hartklep,
aneurysmaclip, vena cava filter, endoprothese, een insuline- / morfinepomp,
neurostimulator, een middenoorimplant of cochleair implant, hersenstimulator
of ventrikelsluiting? ja nee

• Heeft de patiënt een metalen voorwerp of metalen splinters in het
oog (gehad)? ja nee nvt
• Is de patiënt zwanger? ja nee nvt
• Is de patiënt minder dan 6 weken geleden geopereerd? ja nee nvt

Gegevens aanvrager

Naam aanvrager* _____
Naam ziekenhuis _____

AGB of RIZIV nummer* _____
Telefoonnummer _____

ja, ik ben akkoord met de privacyverklaring

Vereiste velden*