

Persoonsgegevens patiënt (plak hier uw sticker):

Stempel en handtekening
aanvragend specialist:

Gewicht patiënt:

Datum aanvraag:

Voorgeschiedenis / Medische gegevens:

Vraagstelling:

TYPE MRI-ONDERZOEK:

NB: Voor eventuele contrasttoediening is van belang: Bekend met nierinsufficiëntie of nierfalen? ja / nee (n.v.t. doorstrepen)
Zo ja, wat is de GFR (recent geprikt: < 3 maanden):

ABSOLUTE MRI CONTRA-INDICATIES

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pacemaker | (n.v.t. doorstrepen):
ja/nee |
| <input type="checkbox"/> Binnenoor implantaten | ja/nee |
| <input type="checkbox"/> Kans op metaalfragmenten in het oog? | ja/nee (zo ja, dan eerst X-schedel) |
| <input type="checkbox"/> Neurostimulator | ja/nee |
| <input type="checkbox"/> Insulinepomp | ja/nee |

RELATIEVE MRI CONTRA-INDICATIES

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zwangerschap < 12 weken | (n.v.t. doorstrepen):
ja/nee |
| <input type="checkbox"/> Hartklepprothese | ja/nee datum geplaatst type |
| <input type="checkbox"/> Gewrichtsprothese recenter dan 3 maanden | ja/nee datum geplaatst |
| <input type="checkbox"/> Intracraniële aneurysma clips | ja/nee datum geplaatst |
| <input type="checkbox"/> Vasculaire stent, coils of filter | ja/nee datum geplaatst |
| <input type="checkbox"/> Claustrofobie | ja/nee |