



Rijnstate

**Patiëntgegevens**

Naam: \_\_\_\_\_ M/V

Geboortedatum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode/plaats: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_ en/of 06 \_\_\_\_\_

E-mail (evt.): \_\_\_\_\_

**Verwijzersgegevens (stempel)**

Naam: \_\_\_\_\_

Overlegnr.: \_\_\_\_\_

E-mail (evt.): \_\_\_\_\_

 Afwijkende bet. instantie: \_\_\_\_\_ Kopie naar arts: \_\_\_\_\_ Doorbellen/Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Faxen/Faxnummer: \_\_\_\_\_**Onderzoeken zonder afspraak** (voor procedure zie achterzijde)

<input type="checkbox"/> schedel	<input type="checkbox"/> schouder	<input type="checkbox"/> Re – <input type="checkbox"/> Li	<input type="checkbox"/> O bekken (v.a. 7 mnd)	<input type="checkbox"/> O thorax
<input type="checkbox"/> CT sinus/aangezicht <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> clavicula	<input type="checkbox"/> Re – <input type="checkbox"/> Li	<input type="checkbox"/> heup	<input type="checkbox"/> O Re – <input type="checkbox"/> Li
<input type="checkbox"/> O cervicale wk	<input type="checkbox"/> humerus	<input type="checkbox"/> Re – <input type="checkbox"/> Li	<input type="checkbox"/> femur	<input type="checkbox"/> O Re – <input type="checkbox"/> Li
<input type="checkbox"/> O thoracale wk	<input type="checkbox"/> elleboog	<input type="checkbox"/> Re – <input type="checkbox"/> Li	<input type="checkbox"/> knie	<input type="checkbox"/> O Re – <input type="checkbox"/> Li
<input type="checkbox"/> O lumbale wk	<input type="checkbox"/> onderarm	<input type="checkbox"/> Re – <input type="checkbox"/> Li	<input type="checkbox"/> onderbeen	<input type="checkbox"/> O Re – <input type="checkbox"/> Li
<input type="checkbox"/> O scoliose-opname <sup>2)</sup>	<input type="checkbox"/> pols	<input type="checkbox"/> Re – <input type="checkbox"/> Li	<input type="checkbox"/> enkel	<input type="checkbox"/> O Re – <input type="checkbox"/> Li
<input type="checkbox"/> O si-gewricht	<input type="checkbox"/> hand	<input type="checkbox"/> Re – <input type="checkbox"/> Li	<input type="checkbox"/> voet	<input type="checkbox"/> O Re – <input type="checkbox"/> Li
	<input type="checkbox"/> vinger	<input type="checkbox"/> Re – <input type="checkbox"/> Li	<input type="checkbox"/> voorvoet	<input type="checkbox"/> O Re – <input type="checkbox"/> Li

1) alleen mogelijk op de locatie Arnhem-Noord en Zevenaar

2) alleen mogelijk op de locatie Arnhem-Noord

**Onderzoeken met afspraak** (voor procedure zie achterzijde)**Doorlichting**
 O oesophagus  
 O maag  
 O oesophagus/maag
**Mamma**
 O mammografie  
 O echo mammae
**Nucl. geneeskunde** O DEXA

3) Onderzoek met verplichte vragen op achterzijde

**Echo**
 O abdomen  
 O nieren/onderbuik  
 O aorta  
 O hals/schildklier  
 O scrotum
**Echo interventie**
 O injecteren medicatie: plaats injectie: \_\_\_\_\_  
 O echogeleide verwijdering kalk schouder (NACD)
**Echo**
 schouder  Re –  Li  
 elleboog  Re –  Li  
 pols  Re –  Li  
 knie  Re –  Li  
 enkel  Re –  Li  
 O heupen (baby's 0-7 mnd)
**Overig**
 O CT longen <sup>3)</sup>  
 O CT buik <sup>3)</sup>  
 O CT colografie  
 O MRI hersenen <sup>3)</sup>  
 O MRI LWK <sup>3)</sup>  
 MRI knie  Re –  Li <sup>3)</sup>  
 O anders, te weten: \_\_\_\_\_
**Screening op MRSA:**

- Is patiënt afgelopen 2 maanden in een buitenlands ziekenhuis opgenomen of behandeld geweest?  ja  nee
- Is patiënt afgelopen 2 maanden in een Nederlands ziekenhuis opgenomen of behandeld geweest?  ja  nee
- Werkt of woont in een bedrijf met levende kippen, kuikens, kalveren of varkens?  ja  nee
- Heeft patiënt een partner, huisgenoot of iemand in de afgelopen 2 maanden verzorgd die MRSA positief is?  ja  nee
- Woont patiënt in een asielzoekerscentrum?  ja  nee

Datum: \_\_\_\_\_

Medische gegevens/indicatie:

Vraagstelling:

## Adresgegevens

Radiologie Arnhem Wagnerlaan 55 6815 AD Arnhem Route 25	Radiologie Zevenaar Hunneveldweg 14a 6903 ZN Zevenaar Route 3	Radiologie Arnhem-Zuid Marga Klompélaan 6 6836 BH Arnhem 1 <sup>e</sup> verdieping	Nucleaire Geneeskunde Wagnerlaan 55 6815 AD Arnhem Route 25
------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

## Aanvraagprocedure

U kunt rekenen op een adequaat radiologisch verslag en een helder advies wanneer u het aanvraagformulier zorgvuldig invult, d.w.z.:

- Gevraagde patiëntgegevens zijn volledig en leesbaar ingevuld
- Gevraagde gegevens van de verwijzer zijn volledig en leesbaar ingevuld
- De vraag rondom contra-indicaties is beantwoord en daaruit voortvloeiende maatregelen zijn genomen
- De medische gegevens en vraagstelling zijn helder en zo volledig mogelijk omschreven
- Indien een voorlopig (spoed)verslag gewenst is, kan dit worden aangegeven bij de vraagstelling.

## Onderzoeken zonder afspraak

De gevraagde onderzoeken kunnen op werkdagen tussen 8.00 en 16.30 uur op de alle bovenstaande locaties vervaardigd worden, met uitzondering van scoliose-opnames (alleen mogelijk in Arnhem-Noord) en CT sinus (alleen mogelijk in Arnhem-Noord en Zevenaar). Het aanvraagformulier kan aan de patiënt meegegeven worden. De patiënt kan zich, met aanvraagformulier en Rijnstatekaart, melden bij de balie en zal aansluitend worden geholpen.

## Onderzoeken met afspraak

### Echo, mammografie, DEXA, doorlichting:

De gevraagde onderzoeken met uitzondering van MRI, CT kunnen telefonisch afgesproken worden tijdens kantooruren **via telefoonnummer 088 - 005 7795**

Aanvraagformulier kan aan de patiënt meegegeven worden. De patiënt meldt zich vervolgens, met aanvraagformulier, op de afgesproken dag en tijd bij de balie van de afgesproken locatie en zal aansluitend worden geholpen.

**CT + MRI:** de aanvraag (voor- en achterzijde, ivm verplichte vragen) faxen naar Arnhem (088 - 005 7381) of Zevenaar (088 - 005 9780).

Vanuit de afdeling radiologie wordt contact gezocht met de patiënt voor het maken van een afspraak.

**Spoedonderzoek:** kan via bovenstaand telefoonnummer aangevraagd worden.

## Contra-indicaties & risicofactoren

Wij gaan er vanuit dat de verwijzer controleert op contra-indicaties en risicofactoren voor het radiologisch onderzoek en zo nodig relevante maatregelen neemt. Het gaat hierbij om:

- **Zwangerschap:** bij alle radiologische onderzoeken m.u.v. echografie
- **Infectierisico's:** bij alle onderzoeken: TBC, MRSA maar ook vele andere infectieziekten vereisen een aparte planning en/of behandeling, s.v.p. altijd vooraf telefonisch overleg voor een afspraak.
- **Risicofactoren voor jodiumhoudend contrast:** (bij CT longen en/of CT buik): het gebruik van jodiumhoudend contrast kan leiden tot nierinsufficiëntie en/of allergische reactie. Om het onderzoek veilig te kunnen uitvoeren altijd deze vragen invullen:
  - GFS waarde (max. 3 maanden oud, bij acute patiënt max 7 dagen oud) = \_\_\_ml/min/1,73m<sup>2</sup>
  - Is patiënt bekend met M.Kahler/M.Waldenström?  ja  nee
  - Is patiënt bekend met allergische reactie op jodiumhoudend contrast in verleden?  ja  nee
  - Patiënt instrueren in 12 uur voor start contrastonderzoek geen NSAID te nemen

## Onder Risicofactoren voor MRI:

Heeft patiënt één van onderstaande risicofactoren?  ja  nee > bij ja contact opnemen met afdeling radiologie Pacemaker/ICD, overgevoeligheid voor gadoliumhoudend contrast, intracranieële clips, neurostimulator, insulinepomp, cochleaire implant, claustrofobie/niet stil kunnen liggen, metalen splinters (m.n. in oog), overige metalen devices zoals prothese(n), kunstklep.

## Nieuwe aanvraagformulieren

Indien u nieuwe aanvraagformulieren wenst, zijn er diverse mogelijkheden.

1. Bestellen via [www.zekerweten.nl/bestellijst](http://www.zekerweten.nl/bestellijst)
2. Downloaden via [www.zekerweten.nl/bestellijst](http://www.zekerweten.nl/bestellijst)
3. Op te vragen bij de LIL (laboratorium informatie lijn), tel. 088 - 005 7777

	Telefoon:	Fax:	Fax:
Radiologie	088 - 005 7795	088 - 005 7381 (Arnhem)	088 - 005 9780 (Zevenaar)
Nucleaire Geneeskunde	088 - 005 6067	088 - 005 6068	