



Dienst Medische Beeldvorming STRAAT 201
Dienst Isotopen STRAAT 211
T 09 224 82 01 radiologie@janpalfijngent.be

Dr. N. Baelde Prof. Dr. B. Lambert
Dr. I. Bosmans Dr. D. Berwouts
Dr. Ph. Lagae Dr. J. Mertens
Dr. Ph. Uytterhaegen Dr. B. Van Den Bossche
Dr. S. Vanden Bossche
Dr. V. Verstraeten
Dr. F. Vervacke

Uw afspraak: _____

Breng steeds deze aanvraag mee.

Druk vooraf uw patiëntenklevers af aan de kiosk in de inkomhal als u gekend bent in het ziekenhuis.

Meld u voor uw onderzoek aan op het secretariaat van de dienst Medische Beeldvorming op straat 201.

Voorbehouden aan de dienst radiologie

(patiëntenklever van de dienst)

Identificatie patiënt (patiëntenklever)

Naam en voornaam: _____

Geboortedatum: _____

Geslacht: vrouw man

Voorgesteld onderzoek	Relevante klinische inlichtingen
<input type="checkbox"/> Botdensitometrie met terugbetaalde indicatie <input type="checkbox"/> Botdensitometrie zonder terugbetaalde indicatie <input type="checkbox"/> Lichaamssamenstelling obesitaskliniek <input type="checkbox"/> screening <input type="checkbox"/> opvolging <input type="checkbox"/> Lichaamssamenstelling sportgeneeskunde <input type="checkbox"/> screening <input type="checkbox"/> opvolging	

Terugbetaalde indicatie verplicht aan te duiden		
<p>(!) Er wordt slechts één onderzoek terugbetaald per vijf jaar</p> <input type="checkbox"/> vrouwen ouder dan 65 jaar met een familiale geschiedenis van osteoporose (heupfractuur in eerste of tweede graad) <input type="checkbox"/> aanwezigheid van risicofactoren <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> niet-oncologische low impact wervelfractuur <input type="checkbox"/> antecedenten van perifere low impact fractuur (exclusief vingers, tenen, schedel, gelaat en cervicale wervelzuil) <input type="checkbox"/> onder corticotherapie langer dan drie maanden aan een equivalent van 7,5 mg prednisolone/dag of meer <input type="checkbox"/> oncologische patiënten onder anti-hormonale therapie of in menopauze als gevolg van oncologische therapie <input type="checkbox"/> patiënten met een van de volgende risico aandoeningen <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> reumatoïde artritis <input type="checkbox"/> evolutieve niet-behandelde hyperthyreoïdie <input type="checkbox"/> hyperprolactinemie <input type="checkbox"/> langdurig hypogonadisme (ook post-therapie) <input type="checkbox"/> renale hypercalciurie </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> primaire hyperparathyreoïdie <input type="checkbox"/> osteogenesis imperfecta <input type="checkbox"/> ziekte/syndroom van Cushing <input type="checkbox"/> anorexia nervosa en BMI < 19 kg/m² <input type="checkbox"/> vroegtijdige menopauze (< 45 jaar) </td> </tr> </table> 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> reumatoïde artritis <input type="checkbox"/> evolutieve niet-behandelde hyperthyreoïdie <input type="checkbox"/> hyperprolactinemie <input type="checkbox"/> langdurig hypogonadisme (ook post-therapie) <input type="checkbox"/> renale hypercalciurie 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> primaire hyperparathyreoïdie <input type="checkbox"/> osteogenesis imperfecta <input type="checkbox"/> ziekte/syndroom van Cushing <input type="checkbox"/> anorexia nervosa en BMI < 19 kg/m² <input type="checkbox"/> vroegtijdige menopauze (< 45 jaar)
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> reumatoïde artritis <input type="checkbox"/> evolutieve niet-behandelde hyperthyreoïdie <input type="checkbox"/> hyperprolactinemie <input type="checkbox"/> langdurig hypogonadisme (ook post-therapie) <input type="checkbox"/> renale hypercalciurie 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> primaire hyperparathyreoïdie <input type="checkbox"/> osteogenesis imperfecta <input type="checkbox"/> ziekte/syndroom van Cushing <input type="checkbox"/> anorexia nervosa en BMI < 19 kg/m² <input type="checkbox"/> vroegtijdige menopauze (< 45 jaar) 	

Vragenlijst voor de patiënt	Gegevens aanvragende arts
Lengte: _____ Gewicht: _____ Heeft u <ul style="list-style-type: none"> > reeds een fractuur gehad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee > een ouder die een heup heeft gebroken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee > reumatoïde artritis? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee > osteoporose door een andere ziekte of medicatie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee > een heupprothese? <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee > een terugbetaalde botdensitometrie gehad de laatste vijf jaar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Rookt u? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Gebruikt u cortisone tabletten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Drinkt u meer dan drie glazen alcohol per dag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Datum, stempel en handtekening verplicht
	Gegevens uitvoerende arts
	Datum, stempel en handtekening verplicht