



Watersportlaan 5 - 9000 Gent
radiologie@janpalfijngent.be
Fax 09 224 80 06
Tel RX 09 224 82 01
Tel MR 09 224 80 04 / Fax MR 09 224 80 16

- CD-rom meegeven
- Protocol meegeven
- CD+Protocol meegeven
- Sturen naar
- KINDEREN: lengte cm / Gewichtkg

Afspraak:	<i>Identificatie patiënt</i>
Datum:	Naam: Voorna(a)m(en)
Uur:	Geboortedatum:/...../.....
	Geslacht: <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk
<i>Identificatie radiologie</i>	

Eén aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist.

Dit ingevuld formulier moet op de dag van onderzoek worden voorgelegd, zo niet zijn wij verplicht uw onderzoek te weigeren!

Vorige relevante onderzoeken in verband met de diagnostische vraagstelling:

- C.T. N.M.R RX Echografie Andere: Onbekend

VOORGESTELD ONDERZOEK:

<p>SKELET</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vinger I II III IV V R L <input type="checkbox"/> Hand R L <input type="checkbox"/> Pols R L <input type="checkbox"/> Voorarm R L <input type="checkbox"/> Elleboog R L <input type="checkbox"/> Humerus R L <input type="checkbox"/> Schouder R L <input type="checkbox"/> Scapula R L <input type="checkbox"/> Clavicula R L <input type="checkbox"/> ACG (met/zonder belasting) R L <input type="checkbox"/> Teen I II III IV V R L <input type="checkbox"/> Voet R L <input type="checkbox"/> Enkel R L <input type="checkbox"/> Onderbeen R L <input type="checkbox"/> Knie F/P R L <input type="checkbox"/> Staand/Tunnel/ R L <input type="checkbox"/> Patella-défilé R L <input type="checkbox"/> Femur R L <input type="checkbox"/> Heup R L <input type="checkbox"/> Bekken <input type="checkbox"/> staand <input type="checkbox"/> Sacro-iliac. gewricht <input type="checkbox"/> Sacrum Coccyx <input type="checkbox"/> CWZ F P ¼ <input type="checkbox"/> CWZ flexie extensie <input type="checkbox"/> DWZ F P ¼ <input type="checkbox"/> LWZ F P ¼ <input type="checkbox"/> Full Spine met asbepaling <input type="checkbox"/> Full Leg met asbepaling <input type="checkbox"/> Lengtemeting OL <input type="checkbox"/> Schedel Face Profiel <input type="checkbox"/> Neus <input type="checkbox"/> Fac. Massief <input type="checkbox"/> Sinussen <input type="checkbox"/> Kaakgewricht <input type="checkbox"/> <p>ARTHROGRAFIE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gewrichtsinfiltratie 	<p>ADEMHALING</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Thorax Face In bed <input type="checkbox"/> Thorax Face Profiel <input type="checkbox"/> Ribbenrooster R L <input type="checkbox"/> Sternum <input type="checkbox"/> Hals weke delen <input type="checkbox"/> Adenoiden <input type="checkbox"/> Sinussen <p>GASTRO-INTESTINAAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abdomen Liggend Staand <input type="checkbox"/> Diaphragmakoepels <input type="checkbox"/> Slikfunctie <input type="checkbox"/> Slokdarm <input type="checkbox"/> Slokdarm Maag Duodenum <input type="checkbox"/> SMD – Transit <input type="checkbox"/> Dundarmtransit <input type="checkbox"/> Enteroclysis <input type="checkbox"/> Colonclysma – Barium <input type="checkbox"/> Colonclysma – Gastrografie <input type="checkbox"/> Defaecografie <input type="checkbox"/> Colpo-cysto-defaecografie <input type="checkbox"/> Colpo-cysto-entero-defaecografie <input type="checkbox"/> Fistulografie <input type="checkbox"/> Controle maagband <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>UROLOGIE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nierstreek enkel <input type="checkbox"/> I.V.P. <input type="checkbox"/> Cystografie <input type="checkbox"/> Per mictie <input type="checkbox"/> Opstijgende pyelografie R L <input type="checkbox"/> Urethrografie <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Retrograad <input type="checkbox"/> Permicioneel 	<p>GYNAECOLOGIE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pelvimetrie <input type="checkbox"/> Mammografie <input type="checkbox"/> Mammografie en echo <input type="checkbox"/> Galactografie <input type="checkbox"/> Hysterosalpingografie* <input type="checkbox"/> Bioptie* <input type="checkbox"/> FNAC* (*) mammodossier meegeven <p>CT-SCAN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CT schedel zonder contrast <input type="checkbox"/> CT schedel met contrast <input type="checkbox"/> CT sinussen <input type="checkbox"/> CT rotsbeenderen <input type="checkbox"/> CT sella turcica <input type="checkbox"/> CT orbita <input type="checkbox"/> CT hals <input type="checkbox"/> larynx <input type="checkbox"/> CT mondbodem <input type="checkbox"/> CT thorax-med. <input type="checkbox"/> parenchym <input type="checkbox"/> CT abdomen <input type="checkbox"/> CT urinair stelsel à blanc <input type="checkbox"/> CT abdomen + IVP <input type="checkbox"/> CT bovenste abdomen <input type="checkbox"/> CT nieren <input type="checkbox"/> pancreas <input type="checkbox"/> lever <input type="checkbox"/> CT klein bekken <input type="checkbox"/> CT CWZ <input type="checkbox"/> discus <input type="checkbox"/> CT DWZ <input type="checkbox"/> discus <input type="checkbox"/> CT LWZ <input type="checkbox"/> discus <input type="checkbox"/> CT patello-femoraal <input type="checkbox"/> CT lidmaat <input type="checkbox"/> CT gewricht <input type="checkbox"/> Dentascan <input type="checkbox"/> Angio-CT halsvaten <input type="checkbox"/> Cirkel van Willis <input type="checkbox"/> Angio-CT abdomen <input type="checkbox"/> Angio-CT ledematen <input type="checkbox"/> 3D <input type="checkbox"/> CT virtuele colonoscopie <input type="checkbox"/> Coronaro-CT <input type="checkbox"/> CT geleid biopt <input type="checkbox"/> CT geleide drainage <input type="checkbox"/> 	<p>ECHOGRAFIE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Kl. Bekken <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transabdominaal <input type="checkbox"/> Transvaginaal <input type="checkbox"/> Lever – Galblaas <input type="checkbox"/> Pancreas – Milt <input type="checkbox"/> Nieren – Aorta <input type="checkbox"/> Urinair stelsel <input type="checkbox"/> Prostaat transrectaal <input type="checkbox"/> Appendix <input type="checkbox"/> Lidmaat: <input type="checkbox"/> Schedelinhoud <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> Thorax – pleura <input type="checkbox"/> Borsten <input type="checkbox"/> Scrotum <input type="checkbox"/> Zwangerschap <input type="checkbox"/> Kleurendoppler – duplex <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Carotiden + Vertebralis <input type="checkbox"/> Carotiden <input type="checkbox"/> Lidmaat: <input type="checkbox"/> arterieel R L <input type="checkbox"/> veneus R L <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oppervlakkig <input type="checkbox"/> Diep Systeem <input type="checkbox"/> Abdominale vaten <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aorta – Aa. iliacae <input type="checkbox"/> Nierarteriën <input type="checkbox"/> V. Cava inferior <input type="checkbox"/> V. Porta <p>ANGIOGRAFIE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Flebografie been R L <input type="checkbox"/> Flebografie arm R L <input type="checkbox"/> Arterieel <input type="checkbox"/> Veneus <p>ANDER ONDERZOEK</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	--	---

Diagnostische vraagstelling:

Relevante klinische gegevens:

Aanvragende geneesheer (stempel en handtekening) RiZIV-nummer: Adres: Datum: / /

Relevante bijkomende inlichtingen:

<input type="checkbox"/> Pre-operatief	<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Implanthaat
<input type="checkbox"/> Controle Catheter	<input type="checkbox"/> Nierinsufficiëntie	<input type="checkbox"/> ANDERE:
<input type="checkbox"/> Controle IZ / CCU	<input type="checkbox"/> Zwanger	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes	

DIENST MEDISCHE BEELDVORMING AZ JAN PALFIJN GENT

Dr. N. Baelde – Dr. I. Bosmans – Dr. Ph. Lagae – Dr. Ph. Uytterhaegen – Dr. V. Verstraeten – Dr. Vervacke

I. Contactinformatie

Watersportlaan 5
9000 GENT
radiologie@janpalfijngent.be

📞 RX en echo: 09 224 82 01 📠 RX: 09 224 80 06

📞 MRI: 09 224 80 04 📠 MRI: 09 224 80 16

II. Onderzoeken

- ▶ Radiologie
- ▶ Echografie en Kleurendoppler
- ▶ Mammografie (erkend screeningscentrum)
- ▶ Angiografie
- ▶ Multislice CT-scan
- ▶ Magnetische resonantie (MRI – NMR)
- ▶ Botdensitometrie

III. Bereikbaarheid

De diensten NMR (MRI) en Radiologie vindt u op verdieping 0 van de inkomhal.

Met de wagen

Patiënten en bezoekers kunnen afgezet en opgehaald worden aan de Kiss&Ride voor het ziekenhuis. U kunt hier 30 minuten gratis parkeren. Langer parkeren kan op de grote parking links van het gebouw.

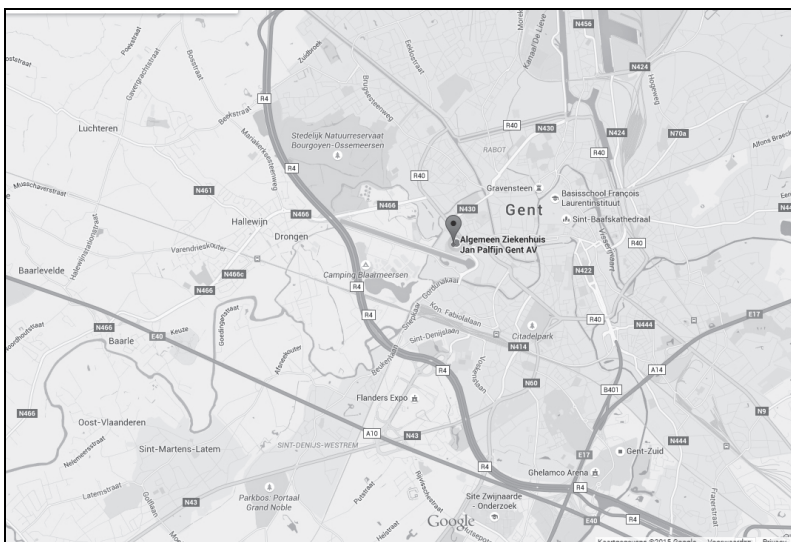
Fietsenstalling

Voor het ziekenhuis is een ruime en overdekte fietsenstalling.

Openbaar vervoer

De dichtstbijzijnde bushaltes zijn:

- ▶ Gent Beneluxplein (buslijnen 9 - 38 - 39)
- ▶ Gent Ekkergermerck (buslijnen 14 - 15 - 16 - 53 - 65- 67- 69)



IV. Voorbereiding patiënt

- ▶ Echografie abdomen superior: nuchter
- ▶ Echografie klein bekken: volle blaas
- ▶ SMD-transit: nuchter
- ▶ Bariumclysma: voorbereiding met Prepacol®
- ▶ IVP: nuchter
- ▶ CT Hals – Thorax: nuchter
- ▶ CT Abdomen: nuchter en eventueel voorbereiding met verdunde Gastrografine®
- ▶ CT Schedel: nuchter indien met contrast gewenst.
- ▶ CT Virtuele coloscopie: voorbereidingsschema 09 224 82 01 of website
- ▶ CT coronarografie: 09 224 82 01 of website