



Dr. Saskia Winand
Radiologie bvba

Gemeenteplein 6
3010 Kessel-Lo

Tel: 016 60 25 05
Fax: 016 60 45 96

www.radiologiewinand.be

Identificatie van patiënt (invullen of strookje V.I.)

Naam:	
Voornaam:	
Geboortedatum:	Geslacht: <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk

Relevante klinische inlichtingen

Diagnostische vraagstelling (één aanvraagformulier per diagnostische vraagstelling)

Relevante bijkomende inlichtingen

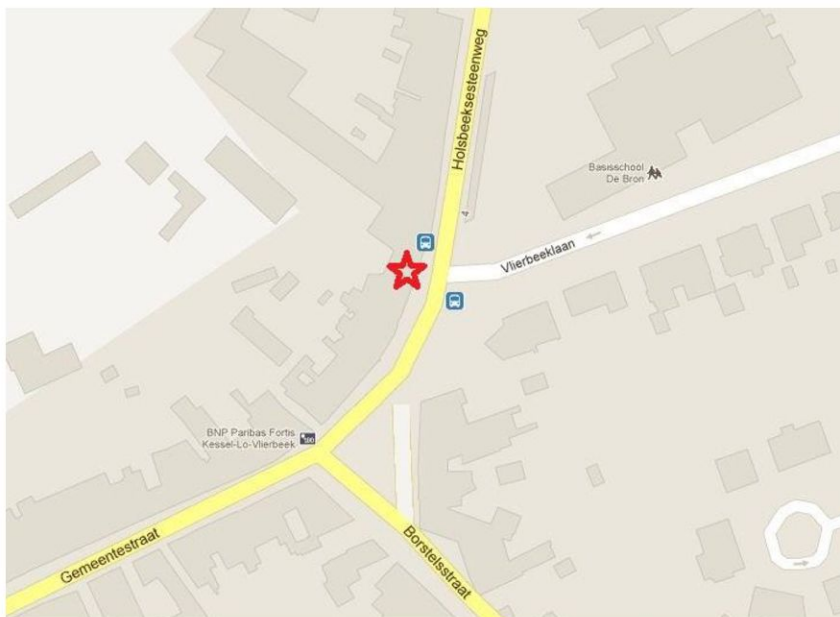
<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Nierinsufficiëntie	<input type="checkbox"/> Zwangerschap	<input type="checkbox"/> implantaat
<input type="checkbox"/> Andere:				

Voorgestelde onderzoek(en)

RX:	Echografie:	Botdensitometrie: <i>cfr specifieke verwijsbrief voor eventuele terugbetaling</i>
-----	-------------	--

Vorige relevante onderzoek(en) in verband met diagnostische vraagstelling

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> NMR	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> Echografie	<input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/> Onbekend
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------



Zonder deze verwijsbrief kan uw radiologisch onderzoek niet doorgaan

Stempel voorschrijver*, datum, handtekening

** met vermelding van naam, adres en RIZIV-nummer*