

Medisch Centrum Wijnegem

Women's Health Clinic - Radiologie

Identificatie patiënt

Naam en voornaam: _____
 Geboortedatum: _____ M V

Relevante Klinische inlichtingen

Diagnostische vraagstelling:

Stempel of gegevens voorschrijver

Naam en voornaam: _____
 Adres: _____
 Riziv- nummer: _____
 Datum: _____
 Handtekening: _____

Relevante bijkomende inlichtingen

Allergie Diabetes Nierinsufficiëntie Zwangerschap Implantaat Menopauze
 Andere, namelijk: _____

Women's Health

Mammografie + Tomosynthese Echo borsten
 Echo + punctie/ biopsie Mammotoombiopsie

Radiologie

Skelet	Echografie
<input type="checkbox"/> Vinger L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R nr..... <input type="checkbox"/> Hand L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R <input type="checkbox"/> Pols L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R <input type="checkbox"/> Onderarm L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R <input type="checkbox"/> Elleboog L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R <input type="checkbox"/> Humerus L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R <input type="checkbox"/> Schouder L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R <input type="checkbox"/> Clavicula L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R <input type="checkbox"/> Scapula L - R <input type="checkbox"/> Ribben L - R <input type="checkbox"/> AC - L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R gewricht <input type="checkbox"/> Voet L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R <input type="checkbox"/> Voetstatiek L - R <input type="checkbox"/> Enkel L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R <input type="checkbox"/> Teen L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R nr..... <input type="checkbox"/> Hiel L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R <input type="checkbox"/> Onderbeen L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R <input type="checkbox"/> Femur L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R <input type="checkbox"/> Heup L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R <input type="checkbox"/> Bekken L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R <input type="checkbox"/> Knie L - R <input type="checkbox"/> + echo L - R <input type="checkbox"/> + F/P - 4 INC <input type="checkbox"/> Bekken <input type="checkbox"/> Botleeftijd <input type="checkbox"/> Sternum	<input type="checkbox"/> Abdomen Superior (nuchter) <input type="checkbox"/> Abdomen Inferior (volle blaas) <input type="checkbox"/> Abdomen totaal (nuchter, volle blaas) <input type="checkbox"/> Lever, Gal, Pancreas (nuchter) <input type="checkbox"/> Pancreas, Milt (nuchter) <input type="checkbox"/> Nieren, Blaas, (nuchter) <input type="checkbox"/> Buikwand <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> Schildklier <input type="checkbox"/> Oksel L - R <input type="checkbox"/> Lies L - R <input type="checkbox"/> Scrotum <input type="checkbox"/> Heupen (zuigeling - Dysplasie) <input type="checkbox"/> Achillespees L - R <input type="checkbox"/> Fascia Plantaris L - R <input type="checkbox"/> Lidmaat, gewricht: Wervelzuil <input type="checkbox"/> CWZ <input type="checkbox"/> DWZ <input type="checkbox"/> LWZ <input type="checkbox"/> Bekken staand <input type="checkbox"/> Sacrum - Coccyx <input type="checkbox"/> Sacro - iliacale gewrichten <input type="checkbox"/> Full Spine <input type="checkbox"/> 3D <input type="checkbox"/> Full Leg
Botdensitometrie	Infiltratie
<input type="checkbox"/> LWZ + heupen <input type="checkbox"/> LWZ + distale radius Body composition <input type="checkbox"/> BC total Body (% spier, vet, bot) + BMI	<input type="checkbox"/> Gewricht <input type="checkbox"/> Depomedrol (mee te brengen) <input type="checkbox"/> Depomedrol (mee te brengen) <input type="checkbox"/> Peritendineus <input type="checkbox"/> Depomedrol (mee te brengen) <input type="checkbox"/> Bursa <input type="checkbox"/> Depomedrol (mee te brengen)