

Postbus 169, 7000 AD Doetinchem
 Telefoon Radiologie: (0314) 329505
 Fax Radiologie: (0314) 329129
 Telefoon Nucleaire Geneeskunde: (0314) 329513
 Fax Nucleaire Geneeskunde: (0314) 329133

Radiologen: R.P.G.J. Caris, E.F. Dannenberg, C.M.M. Janssen, J.K.Krabbe, A.R. ter Rahe, P.A.C. van Rijn, Dr. P.E.J.M. Salleveld, B. Schenk, J.H.J.M. Smeets.
Nucleaire Geneeskunde: W. van der Bruggen, B.F. Bulten

<p>Gevraagd onderzoek</p> <p><input type="checkbox"/> Röntgenonderzoek <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts</p> <p><input type="checkbox"/> Echografie</p> <p><input type="checkbox"/> Mammografie</p> <p><input type="checkbox"/> CT-onderzoek *</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> CT CWK na trauma</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> CT orbita / aangezicht na trauma</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> CT sinus</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> CT sternoclaviculaire gewrichten</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> CT thorax (low dose)</p> <p><input type="checkbox"/> Isotopenonderzoek</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">* Overeenkomstig afgesproken indicaties</p>	<p style="text-align: center;">Patiëntgegevens</p> <p>BSN:</p> <p>Naam:</p> <p>Geboortedatum:</p> <hr/> <p>Mobiliteit: <input type="checkbox"/> Lopend <input type="checkbox"/> Rolstoel</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Patiënt is geïnformeerd over en geeft toestemming voor het onderzoek.</i> • <i>De aanvragend arts heeft het bestaan van contra-indicaties overwogen, waaronder een mogelijke zwangerschap.</i> <hr/> <p style="font-size: small;"><i>Gelieve deze aanvraag voor 1^e lijnsdiagnostiek te beschouwen als verwijsindicatie voor de SEH indien er afwijkende bevindingen zijn die nadere diagnostiek of behandeling behoeven "met keuze "ja / nee" op het aanvraagformulier. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</i></p>
--	---

Vraagstelling en medische gegevens bij aanvraag consult onderzoek:

Naam en handtekening aanvragend huisarts:

Overleg telefoonnummer huisarts: