ST. NIKOLAUS-HOSPITAL EUPEN
Hufengasse 4-8, 4700 Eupen - 🖷 087/599.647

Radiologie Hôpital ☎ 087/599.640
Radiologie Moresnet ☎ 087/789.000

Formulaire de demande pour un examen en imagerie médicale

(Annexe 82 - art. 17 et 17bis NPS)

Par problématique clinique, un formulaire de demande **distinct** est exigé

Identification du patient (remplir ou vignette O.A.) (obligatoire)

ETIQUETTE PATIENT

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance : Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Examens demandés/proposés : (obligatoire)

Informations cliniques pertinentes et explication de la demande de diagnostic : (obligatoire)

Examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic : (obligatoire)

☐ CT ☐ RMN ☐ RX ☐ Échographie ☐ Inconnu
☐ Autres : Date de réalisation :

Informations supplémentaires pertinentes : (obligatoire)

☐ Allergie ☐ Diabète ☐ Insuffisance rénale ☐ Grossesse ☐ Implant
☐ Autres :

Cachet du médecin prescripteur : (+ date et signature obligatoires)*

N° de téléphone :

Date : **Signature :**

Adresse destinataire (où doit-on envoyer les résultats ?) :

Médecin(s) en copie :

* Cachet du prescripteur **avec mention du nom, prénom, adresse et numéro INAMI**

Le patient a le libre choix du prestataire de service (code de déontologie)

ST. NIKOLAUS-HOSPITAL EUPEN
Hufengasse 4-8, 4700 Eupen - 🖷 087/599.647

Radiologie Krankenhaus ☎ 087/599.640
Radiologie Moresnet ☎ 087/789.000

Anfrageformular für bildgebende Untersuchungen

(Vertragszusatz 82 - Art. 17 et 17bis NPS)

Für jede klinische Fragestellung ist ein separates Formular erforderlich

Patientenidentität (vervollständigen oder Vignette O.A.) (obligatorisch)

PATIENTENVIGNETTE

Name:

Vorname(n) :

Geburtsdatum : Geschlecht : ☐ Männlich ☐ Weiblich

Angefragte / vorgeschlagene Untersuchung : (obligatorisch)

Relevante klinische Informationen und Erklärung hinsichtlich der Verdachtsdiagnose : (obligatorisch)

Relevante Voruntersuchung(en) betreffend der Diagnoseanfrage : (obligatorisch)

☐ CT ☐ IRM ☐ RX ☐ Ultraschall ☐ Unbekannt
☐ Verschiedenes : Datum der Untersuchung :

Relevante zusätzliche Informationen : (obligatorisch)

☐ Allergien ☐ Diabetes ☐ Niereninsuffizienz ☐ Schwangerschaft ☐ Implantat
☐ Verschiedenes :

Stempel des verschreibenden Arztes : (+ Datum und Unterschrift obligatorisch)*

Telefonnummer :

Datum : **Unterschrift :**

Adresse des Empfängers (wohin sollen die Resultate geschickt werden?) :

Arzt(e) in Kopie :

* Der Arztstempel muss enthalten : **Arztname, Vorname, Anschrift und INAMI-Nummer**

Der Patient hat freie Arztwahl (Deontologiekodex)

Ref396