

VERPLICHTE VRAGENLIJST PATIËNTEN KST/MRI
IN TE VULLEN DOOR PATIËNT OF VOOGD. MEEBRENGEN NAAR HET ONDERZOEK.

Uw arts heeft een KST/MRI onderzoek aangevraagd. Hiervoor wordt u in een sterk magnetisch veld gebracht. In het kader van dit onderzoek en uw veiligheid is het belangrijk dat u onderstaande vragenlijst correct en zo volledig mogelijk invult zodat mogelijke tegenaanwijzingen voor het uitvoeren van het onderzoek kunnen opgespoord worden.

Indien dit document niet volledig is ingevuld, kan het onderzoek in belang van uw veiligheid niet doorgaan.

Bij vragen over deze lijst, kan u steeds terecht bij de persoon die het onderzoek uitvoert.

<input type="checkbox"/> Heeft u een pacemaker?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u een neurostimulator?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u een ingeplante defibrillator?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u een kunstklep?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u tandimplantaten, een kunstgebit of blokjes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
Betreft het een magnetisch kunstgebit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u een gewrichtsprothese?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u een hoorapparaat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u een oorimplantaat of cochleair implantaat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u een poortkatheter? Port-a-cath?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u een rugoperatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u een hersenoperatie ondergaan of heeft u vaatclips in de hersenen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u een bloedvatoperatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u een orgaantransplantatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u medicatie- of andere plakkers op het lichaam?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u een tatoeage, permanente oogmake-up of piercing?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u een metalen voorwerp			
in het oog (ijzerschilfers)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
elders in het lichaam (hagel, kogel, implantaat, pin, plaat)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Bent u metaalbewerker of lasser van beroep?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u allergie voor contraststof?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Bent u zwanger of geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u een nieroperatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u last van slecht werkende nieren? (nierinsufficiëntie?)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u glaucoom (verhoogde oogdruk)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Reageerde u ooit op Buscopan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Heeft u last van claustrofobie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> Wat is uw lengte?...	Wat is uw gewicht in kg?...		

Indien u 'ja' heeft geantwoord op één van de bovenstaande vragen of bij twijfel, gelieve dan de MRI-verpleegkundige/-technoloog te verwittigen of contact op te nemen met de dienst radiologie (013/35 40 20).

Gelieve alle metalen voorwerpen (piercings en juwelen) te verwijderen van uw lichaam en deze in de kleedkamer achter te laten samen met uw identiteitskaart, bankkaarten, muntstukken, riemen en sleutels.

De radiologen van dit ziekenhuis zijn niet geconventioneerd. Dit betekent dat zij, naast de wettelijke remgelden voor een voorgeschreven onderzoek, supplementen mogen aanrekenen, die in AZ Diest grotendeels gebruikt worden voor de werking van het ziekenhuis.

Er kunnen **geen ereloon-supplementen** worden aangerekend als het onderzoek plaatsvindt op een werkdag tussen 8u en 18u of als de voorschrijvende arts uitdrukkelijk melding maakt van een dringende medische noodzaak, ook wanneer het onderzoek vervolgens buiten voormelde uren plaatsvindt.

Er kunnen **wel ereloon-supplementen** worden aangerekend wanneer er **geen medische hoogdringendheid** werd voorgeschreven en u expliciet vraagt om het onderzoek **tussen 18 u en 8u of in het weekend** te laten doorgaan.

Deze ereloon-supplementen zijn volledig voor eigen rekening. Het te betalen supplement bedraagt 45 euro.

Indien u recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming zal er geen supplement aangerekend worden.

IK VERKLAAR DAT BOVENSTAANDE INFORMATIE JUIST EN NAUWKEURIG IS OP DE DATUM VAN HET ONDERZOEK.

Ik ga akkoord met het supplement indien mijn onderzoek plaatsvindt tussen 18u00 en 8u00 of in het weekend.

Naam (patiënt of ouder/voogd)
"Gelezen en goedgekeurd"

Datum onderzoek

Handtekening

.....

.....

.....

Algemeen Ziekenhuis Diest

Statiestraat 65 – 3290 Diest – t 013 35 40 20

f 013 35 40 23 – radiologie@azdiest.be – www.azdiest.be

AZ/RX/017