Dr. Saskia Winand **Gemeenteplein 6** **Tel: 016 60 25 05**

Radiologie bvba **3010 Kessel-Lo** **Fax: 016 60 45 96**

www.radiologiewinand.be *info@radiologiewinand.be*

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

Naam:
Voornaam:
Geboortedatum: Geslacht: ☐ Mannelijk ☐ Vrouwelijk

Relevante klinische inlichtingen

Diagnostische vraagstelling (één aanvraagformulier per diagnostische vraagstelling)

Relevante bijkomende inlichtingen

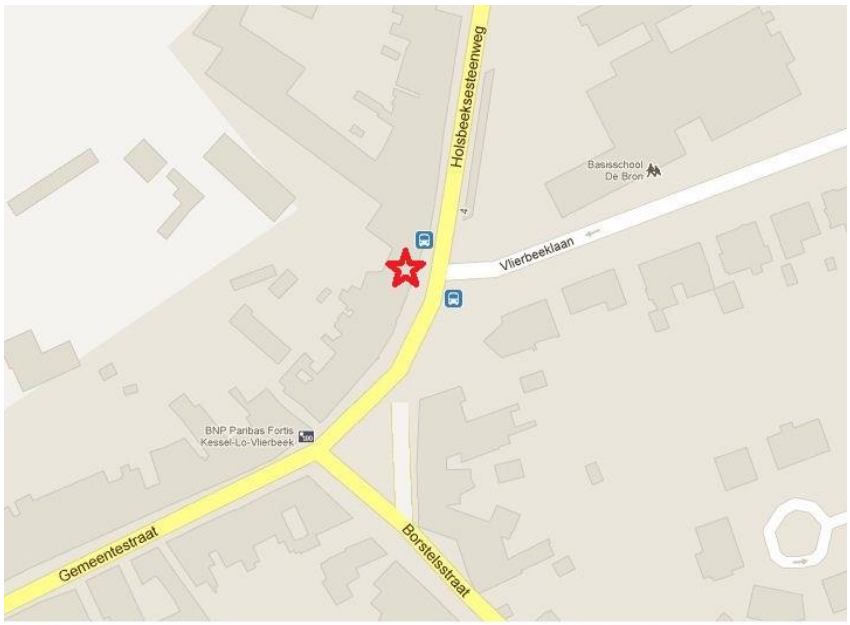
☐ Allergie ☐ Diabetes ☐ Nierinsufficiëntie ☐ Zwangerschap ☐ Implantaat
☐ Andere:

Voorgestelde onderzoek(en)

RX:	Echografie:	Botdensitometrie: *cfr specifieke verwijsbrief voor eventuele terugbetaling*

Vorige relevante onderzoek(en) in verband met diagnostische vraagstelling

☐ CT ☐ NMR ☐ RX ☐ Echografie ☐ Andere: ☐ Onbekend



Zonder deze verwijsbrief kan uw radiologisch onderzoek niet doorgaan

Stempel voorschrijver*, datum, handtekening

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