

IDENTIFICATIEKLEVER PATIËNT

NAAM :

VOORNAAM :

GEBOORTEDATUM :

OF PATIËNTENKLEVER

**AANVRAAGFORMULIER voor BEELDVORMING BORST bij HOOG RISICO
(MAMMOGRAFIE – ECHOGRAFIE – MRI)**

Eén apart aanvraagformulier per klinische vraagstelling. ALLE VAKKEN VERPLICHT INVULLEN! Dit aanvraagformulier komt pas voor terugbetaling door RIZIV in aanmerking indien alle rubrieken correct zijn ingevuld door de aanvragende arts, cfr. RIZIV-bepalingen per 1.3.2013. De normale afwerking van het aangevraagde onderzoek kan vertraging oplopen wanneer dit niet het geval is. Onvolledige ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.

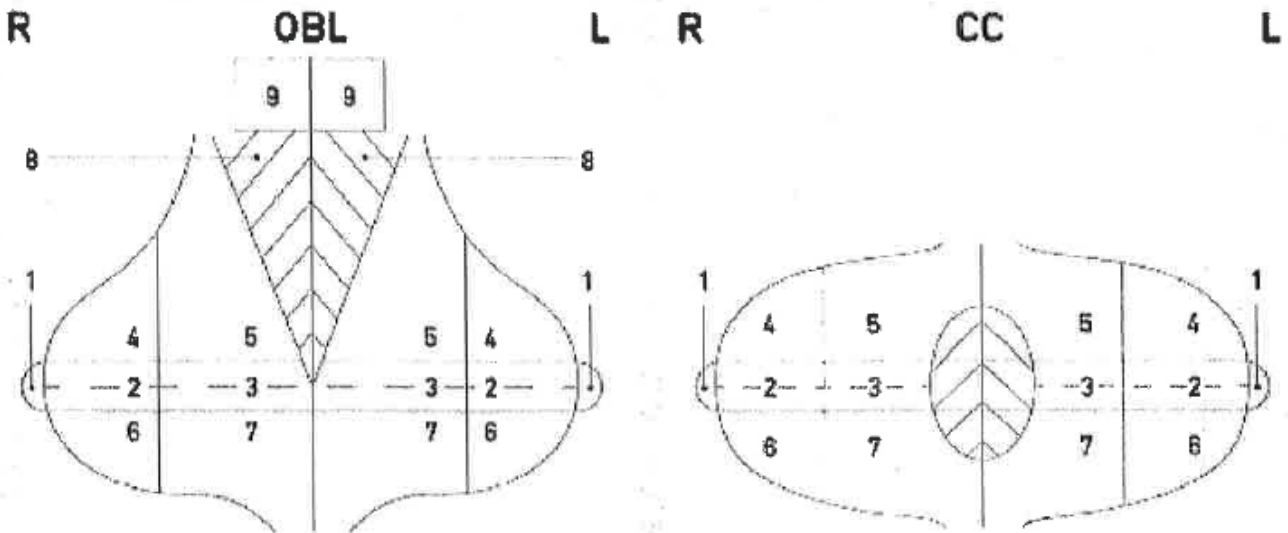
GEVRAAGDE PRESTATIE OF VERSTREKKING(EN):

.....
.....
.....

KLINISCHE INLICHTINGEN / DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING :

.....
.....
.....

LOKALISATIE BORST:



OBLIQUE	VELD
Tepel	1
Retroareolair	2
Diep retroareolair	3
Craniaal	4
Diep craniaal	5
Caudaal	6
Diep caudaal	7
Op M. Pect. Geprojecteerd	8
Axillair	9

CC	VELD
Tepel	1
Retroareolair	2
Diep retroareolair	3
Lateraal	4
Diep lateraal	5
Mediaal	6
Diep mediaal	7