

## Patiëntenklever

**Gelieve dit formulier zorgvuldig in te vullen. Het is van belang dat de artsen en het personeel van de dienst Medische beeldvorming over deze informatie beschikken in het kader van een eventuele contrasttoediening nodig voor het onderzoek.**

	Ja	Neen	Weet het niet zeker
Bent u zwanger:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt u			
• een allergie (voedingsallergie, eczema, asthma, hooikoorts of huismijtallergie, neurodermatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• eerder een allergische reactie gehad bij toediening van een jodiumhoudend product (bijvoorbeeld na inspuiting van een contraststof bij een voorgaand medisch beeldvormend onderzoek)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• een ziekte van het hart ( hartfalen, een recent of vroeger doorgemaakt hartinfarct, hartritmestoornissen, vernauwing van de kransslagaders)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• een verhoogde bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• een probleem van de schildklier (hyperthyroidie, goiter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• suikerziekte (diabetes type I of II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• een stoornis van de nierfunctie (nierinsufficiëntie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• een stoornis van de leverfunctie (leverinsufficiëntie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• een longprobleem (asthma, respiratoire insufficiëntie, pulmonaire hypertensie, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• een bloedziekte (ziekte van Kahler, ziekte van Waldenström, sikkelcelanemie, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• een aandoening van de bijnieren (pheochromocytoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volgt u			
• een behandeling tegen suikerziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• een behandeling tegen hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• een behandeling tegen chronische ziekte (welke? .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hebt u ooit een operatie ondergaan? Welke?

.....  
Gewicht: .....kg    Lengte: .....m

Gelezen en goedgekeurd,

(naam en handtekening)

**Belangrijk: De volgorde van afroepen is afhankelijk van het soort onderzoek**