mitralis
Diagnostisch Centrum

Aanvraagformulier Mitralis
Huisartsenpraktijk (stempel of etiket)

Patiëntgegevens

Opname nr. ☐

Naam

Adres

Woonplaats

Telefoonnummer

Geboortedatum

☐ Man ☐ Vrouw

BSN nummer

Aanvrager: .....

Aanvraagdatum: .....

Klachten, onderzoeksbevindingen en diagnose

Vraagstelling

Relevante voorgeschiedenis

Afsprakenburo ☎ 045 8 200 100

☐ **Röntgen**

- ☐ Thorax
- ☐ Bekken
- ☐ Buikoverzicht
- ☐ .....
- ☐ .....

☐ **Echo**

- ☐ Bovenbuik
- ☐ Onderbuik
- ☐ Nieren/blaas
- ☐ .....
- ☐ .....

☐ **Mammografie**

- ☐ Palpabele afwijking
- ☐ Familiair belast
- ☐ Controle
- ☐ .....
- ☐ .....

☐ **Dexa scan**

Gewicht: ..... Lengte: .....

Indicatie

- ☐ Fractuur na relatief gering trauma
- ☐ Familiair belast voor osteoporose
- ☐ Controle behandeling osteoporose
- ☐ .....
- ☐ .....

Postbus 1154, 6460 BD Kerkrade | T 045 8 200 100 | F 045 8 200 109 | info@mitralisdc.nl | www.mitralisdc.nl