



Erasmus MC
's Gravendijkwal 230
3015 CE Rotterdam
Tel 010 704 01 32
Fax 010 703 37 37

Erasmus MC - Daniel den Hoed
Groene Hilledijk 301
3075 EA Rotterdam
Tel 010 704 13 74
Fax 010 704 10 15

Gegevens patiënt

Aanvragend arts _____

Aanvragend
Specialismecode

--	--	--	--

Afdeling / Ziekenhuis _____
Tel / zoemer _____

Klinisch Poliklinisch

Afgesproken

Erasmus MC (centrumlocatie)
 Erasmus MC - Daniel den Hoed

Gewenst onderzoek

Relevante klinische gegevens

Medicatie _____

Gewicht _____ kg

MRSA / isolatie / omgekeerde isolatie nee ja

Zwangerschap is relatieve contra-indicatie (gaarne overleg).
NB: ondertekening impliceert verkregen informed consent

Vraagstelling _____

Datum aanvraag _____ / _____ / _____

Naam _____

Handtekening aanvrager _____

Radiofarmaconsticker

Datum onderzoek _____ / _____ / _____

Tijd _____

Toediening iv oraal subcutaan

Li Re

arm hand been voet port-a-cath

tijd _____

naam mnw _____

Onderzoeksnummer _____

Retour scan _____

Gamma-camera _____

Naam mnw _____