
 <p>datum: aanvragende afd.: <input type="checkbox"/> poli hart/long (tel.nr. 2700) <input type="checkbox"/> EHLH (tel.nr. ....) <input type="checkbox"/> kliniek (tel.nr. ....) <input type="checkbox"/> anders:.....(tel.nr.....)</p> <p>aanvrager: telefoon/sein aanvrager:</p>	patiëntsticker														
<p><b>PET-CT 13N-NH<sub>3</sub> onderzoek</b> <input type="checkbox"/> </p> <p><input type="checkbox"/> onderzoek uitvoeren <u>zonder</u> medicatie</p>															
<p><b>medische gegevens bij aanvraag</b></p>  <p><b>in te vullen door aanvragend specialist</b></p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Duke score .....</td><td><input type="checkbox"/> status na myocardinfarct</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> DM, zo ja: HbA1c .....</td><td><input type="checkbox"/> PCI</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> actief roken</td><td><input type="checkbox"/> CABG</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> familiale belasting</td><td><input type="checkbox"/> COPD      <input type="checkbox"/> astma</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> hypertensie</td><td><input type="checkbox"/> claustrofobie</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> hypercholesterolemie</td><td>lichaamsgewicht patiënt: .....kg      BMI: .....</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> vochtbeperking</td><td>lengte patiënt: .....cm</td></tr></table> <p><b>hieronder invullen en/of medicijnlijst bijvoegen</b></p> <p><input type="checkbox"/> Statine <input type="checkbox"/> Ascal <input type="checkbox"/> Bètablokker <input type="checkbox"/> Ca<sup>2+</sup> Channel Blocker <input type="checkbox"/> ACE inhibitor / ATII-receptor antagonist <input type="checkbox"/> Diuretica <input type="checkbox"/> Nitraat <input type="checkbox"/> Acenocoumarol <input type="checkbox"/> anders:</p> <p><i>NB. Indien aangegeven wordt dat het onderzoek uitgevoerd dient te worden na staken van cardiale medicatie, dan wordt de medicatie volgens vigerend lokaal protocol in opdracht (en onder verantwoordelijkheid) van de aanvragend cardioloog tijdelijk gestaakt.</i></p> <p><b>handtekening aanvragend specialist:</b>.....</p>		<input type="checkbox"/> Duke score .....	<input type="checkbox"/> status na myocardinfarct	<input type="checkbox"/> DM, zo ja: HbA1c .....	<input type="checkbox"/> PCI	<input type="checkbox"/> actief roken	<input type="checkbox"/> CABG	<input type="checkbox"/> familiale belasting	<input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> astma	<input type="checkbox"/> hypertensie	<input type="checkbox"/> claustrofobie	<input type="checkbox"/> hypercholesterolemie	lichaamsgewicht patiënt: .....kg      BMI: .....	<input type="checkbox"/> vochtbeperking	lengte patiënt: .....cm
<input type="checkbox"/> Duke score .....	<input type="checkbox"/> status na myocardinfarct														
<input type="checkbox"/> DM, zo ja: HbA1c .....	<input type="checkbox"/> PCI														
<input type="checkbox"/> actief roken	<input type="checkbox"/> CABG														
<input type="checkbox"/> familiale belasting	<input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> astma														
<input type="checkbox"/> hypertensie	<input type="checkbox"/> claustrofobie														
<input type="checkbox"/> hypercholesterolemie	lichaamsgewicht patiënt: .....kg      BMI: .....														
<input type="checkbox"/> vochtbeperking	lengte patiënt: .....cm														