

Lab nr:

Aankruisen indien patiënt **GEEN** toestemming geeft voor ANONIEM gebruik van zijn/  
haar rest materiaal.

## AANVRAAG PATHOLOGISCH-ANATOMISCH ONDERZOEK

Datum van inzending: \_\_\_\_\_

Achternaam : \_\_\_\_\_

Voornamen : \_\_\_\_\_  Vrouw  Man

Geboortedatum : \_\_\_\_\_

Polikliniek : \_\_\_\_\_

Operatiekamer : \_\_\_\_\_ HOH-Afdeling : \_\_\_\_\_

Betalingswijze :  AZV: \_\_\_\_\_  Particulier  Overige

Deze ruimte is bestemd voor patiëntensticker

Inzender arts: \_\_\_\_\_ Kopie aan: \_\_\_\_\_

Aard material: \_\_\_\_\_

Datum afname: \_\_\_\_\_

Klinische-/-differential diagnose/Vraagstelling: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_