

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

PA-sticker

Datum inzending: _____

Achternaam : _____

Voornamen : _____ Vrouw Man

Geboortedatum : _____

Betalingswijze : AZV# _____ Particulier / Adres: _____ Overige

Stempel aanvrager	Deze ruimte is bestemd voor patiëntensticker
-------------------	--

Inzender arts : _____ Kopie aan: _____

Datum afname : _____

AARD MATERIAAL		VERKRIJGINGSWIJZE
<input type="checkbox"/> Long <input type="checkbox"/> Re <input type="checkbox"/> Li <input type="checkbox"/> Pleuravocht <input type="checkbox"/> Re <input type="checkbox"/> Li <input type="checkbox"/> Pericard <input type="checkbox"/> Lymfeklier Locatie _____ <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Speekselklier	<input type="checkbox"/> Schildklier <input type="checkbox"/> Liquor Datum afname: _____ Tijd afname: _____ <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Spontaan <input type="checkbox"/> Washout <input type="checkbox"/> Catheter <input type="checkbox"/> Overige: _____	<input type="checkbox"/> Brush <input type="checkbox"/> Spoeling <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Punctie <input type="checkbox"/> Anders: _____ _____

Klinische-/Differential Diagnose/Vraagstelling:

In te vullen door het laboratorium:

Signaalcodes:	Opmerking:
Medewerker:	