

Aanvraagformulier Histologie en Klinische cytologie

Patiëntgegevens:	Inzendgegevens:
<input type="checkbox"/> Patiënt geeft GEEN toestemming voor nader gebruik lichaamsmateriaal	Inzender:
PIN _____	Afdeling / Adres / Telefoonnummer: _____
Naam _____ M / V	_____
Adres _____	_____
Postcode _____	Kopie uitslag naar:
Woonplaats _____	<input type="checkbox"/> Huisarts
Geb. Datum _____	<input type="checkbox"/> GHZ locatie - Bleuland
Geb. Plaats _____	<input type="checkbox"/> GHZ locatie - Bodegraven
Zorgverzekeraar _____ BSNumer: _____	<input type="checkbox"/> GHZ locatie - Schoonhoven
Inschrijfnr. _____ BSN geverifieerd: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GHZ locatie - Zuidplas
	Verdenking / bewezen risicofactoren:
	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> COVID 19
	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jacob
	<input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Anders nl.:
	<input type="checkbox"/> ...
	Datum afname: _____

Aard materiaal:

Klinische gegevens:

Klinische diagnose:

Vraagstelling:

Bijzonderheden:

Behandeling:

Alleen voor het GHZ <input type="checkbox"/> Eindcontrole uitgevoerd Naam:
