

BSN nr.  
Patiëntnr.  
Eigen naam en voorletters  
Naam echtgeno(o)t(e)  
Geb. datum en geslacht  
Meerling Ja/Nee  
Straat  
PC en woonplaats  
Zorgverzekeraar. + Nr.

AANVRAAGFORMULIER

# COVID-19 diagnostiek Serologie

ALLE VELDEN OP DIT FORMULIER  
VERPLICHT INVULLEN!

**Zorginstelling:**

LET OP: S.V.P. VOLLEDIGE NAAM INVULLEN

\_\_\_\_\_

**Adres Zorginstelling:**

\_\_\_\_\_

**Aanvrager:**

LET OP: AANVRAGER MOET EEN ARTS ZIJN

\_\_\_\_\_

**Telefoon/sein:**

\_\_\_\_\_

**Datum afname:**

\_\_\_\_\_

**Tijd afname:**

\_\_\_\_\_

**Materiaal:** VENEUS BLOED (STOLBUIS)

**Gevraagd onderzoek:** SARS-CoV-2 ANTISTOFFEN

**Aanvraag betreft:**

- patiënt / cliënt  
 medewerker

**Afname door:**

- aanvrager  
 anders, nl: \_\_\_\_\_

**Eerste ziektedag:** \_\_\_\_\_

**Klinische gegevens/indicatie:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Let op:**

Dit aanvraagformulier meegeven of meenemen naar de prikpost.

Bij bloedafname op de praktijk of instelling, gelieve dit formulier mee te zenden met de stolbuis.

**Bewaarcondities tot aan transport van de stolbuis: *gekoeld bewaren.***

**SPOEDONDERZOEK UITSLUITEND NA OVERLEG MET ARTS-MICROBIOLOOG!**

Al het aan ons toegezonden onderzoeksmateriaal en gegevens kunnen - na anonimisering – gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden. Alle hier vermelde persoonsgegevens worden in een privacybeveiligd computersysteem opgenomen. Inzage van de eigen gegevens is altijd mogelijk.