



Klinisch biologien:
 Dr. S. De Bock
 Dr. S. Servotte
 Dr. M. Van Blerk
 Dr. B. Van den Poel

Vak voorbehouden voor laboratorium

Gendarmeriestraat 65, 1800 Vilvoorde
 Tel 02/ 257 51 55 Fax 02/ 257 51 59

AFNAMETIJD: datum ____/____/____ uur ____:____
 Afgenomen door:

AANVRAAGFORMULIER PRIKONGEVAL ARBEIDSGENEESKUNDE

PERSONEELSLID (inschrijvingsvignet of invullen)
 naam, voornaam _____
 adres _____
 geboortedatum ____/____/____ geslacht: M V
 afdeling _____
MUTUALITEITSGEGEVENS

AANVRAGENDE ARTS (stempel of invullen)
 naam, voornaam _____
 adres _____
 riziv nr _____
 datum aanvraag ____/____/____
 handtekening _____

DRINGEND TELEFOON _____ FAX _____ KOPIE _____

KLEURCODES
 Serumtube

BIJKOMENDE ANALYSEN

<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Vaccinatie HBV: ja / neen (schrappen wat niet past)

INFECTIEUZE SEROLOGIE

- 210 Hepatitis B surface Ag
- 216 Hepatitis B surface AL
- 219 Hepatitis B core AL
- 220 Hepatitis C AL
- 146 HIV AL

Bron gekend? ja / neen (schrappen wat niet past)

(zo ja, zie keerzijde)

BRON / PATIËNT (inschrijvingsvignet of invullen)
naam, voornaam
geboortedatum __/__/____ geslacht: M V

Dossiergegevens bron / patiënt

HIV: pos / neg

HBsAg: pos / neg

HCV: pos / neg

(schrappen wat niet past)

Aanvraag tot bloedanalyse bij bron / patiënt

Datum: __/__/____

INFECTIEUZE SEROLOGIE

- 210 Hepatitis B surface Ag
- 216 Hepatitis B surface AL
- 219 Hepatitis B core AL
- 220 Hepatitis C AL
- 146 HIV AL