



<b>Identificatie</b>	<b>Extern materiaal</b>	(voorbehouden voor UZ Leuven PO)
	Referentie nr.: .....	
	Staalsoort: .....	
	Datum staalafname: ...../...../ 20.....	

<b>Fixatie/ medium</b>	Fixatieduur: <input type="checkbox"/> < 6u <input type="checkbox"/> 6 - 72u <input type="checkbox"/> > 72u
	Fixatief: <input type="checkbox"/> gebufferde formaldehyde 4% / formaline 10% <input type="checkbox"/> geen: ingevroren
	<input type="checkbox"/> Preservcyt®/Cytotech Red®

<b>Aard materiaal</b>	<input type="checkbox"/> Paraffineblok(ken) aantal: ....
	<input type="checkbox"/> Coupe(s) aantal: ....
	<input type="checkbox"/> ongekleurde, snijdatum: ...../...../ 20.....
	<input type="checkbox"/> gekleurde: <input type="checkbox"/> HE <input type="checkbox"/> IHC <sup>a</sup> : .....

<sup>a</sup> Gelieve steeds de reeds uitgevoerde IHC kleuringen mee te sturen. Dit om te vermijden dat IHC kleuringen herhaald en gefactureerd dienen te worden.

<b>Onderzoek</b>	<input type="checkbox"/> <u>Second opinion / Consult</u> <sup>b</sup>	Aantal reeds gefactureerde IHC's: .....
	<input type="checkbox"/> <u>Uit te besteden testen</u> Welke? <input type="checkbox"/> IHC: ..... <input type="checkbox"/> Elektronenmicroscopie	
<b>Aanvrager</b>	Op vraag van en aanrekenbaar aan:	
	<input type="checkbox"/> UZ Leuven arts (444) (naam) .....	
	<input type="checkbox"/> niet-UZ Leuven patholoog (913) <sup>c</sup> (adres) .....	
	<input type="checkbox"/> niet-UZ Leuven clinicus (433) <sup>c</sup> .....	
	<input type="checkbox"/> patiënt(e) <sup>c</sup>	

<sup>b</sup> *Kostprijs: Er zal voor een second opinion 100€ aangerekend worden aan de vermelde aanvrager obv. de in UZLeuven gepresteerde activiteiten tenzij de aanvrager een UZ Leuven arts is. Indien bijkomende testen noodzakelijk of gevraagd zijn, zullen deze eveneens aan de vermelde aanvrager aangerekend worden (a rato van geïndexeerd RIZIV tarief per IHC met een max. van 4).*

<sup>c</sup> *Het is de verantwoordelijkheid van de ondergetekende dat de niet-UZLeuven arts en/of patiënt(e) is geïnformeerd over hierboven vermelde aanrekening.*

**Klinische inlichtingen:**

Gelieve steeds het pathologie verslag mee te sturen. Verslag meegestuurd?  Ja  Nee

<b>Identificatie Patholoog</b>
Naam: .....
Adres: ..... (stempel)
Pathologie laboratorium: .....
<b>Kopie aan andere artsen:</b> .....

AANVRAAGDATUM: _____ UUR ___ u	EENHEID: _____ KAMER/BED: _____ / _____
<b>AANVRAGER</b> Dr.: _____	<b>PATIENT IDENTIFICATIE</b> EAD-/HOS-nr. _____
I.D. nr.: _____ R.I.Z.I.V.nr.: _____	Naam: _____ Voornaam: _____
Handtekening	Adres: _____
ADRES aanvrager: _____	Geboortedatum: _____ Geslacht: _____
TEL. AANVRAGER _____	VERZEKERINGSINSTELLING KG1/KG2: _____ / _____
	Nr.verzekering _____ Verwantschap _____
	Stamnr. _____
	Indien patiënt elders gehospit. is; Naam inrichting _____
	Identificatienr.: _____ Dienst: _____