



**UZ
LEUVEN**

**SECOND OPINION / CONSULT
AANVRAAGFORMULIER**

Pathologische Ontleedkunde - Herestraat 49 – 3000 Leuven

Tel.: 016 33 66 23 – Fax: 016 33 65 48

01-2026



Nr. 9995

Identificatie	Extern materiaal		(voorbehouden voor UZ Leuven PO)
	Referentie nr.:		
	Staalsoort:		
	Datum staalafname:	/...../ 20.....	
Fixatie/ medium	Fixatieduur:	☐ < 6u ☐ 6 - 72u ☐ > 72u	
	Fixatief:	☐ gebufferde formaldehyde 4% / formaline 10% ☐ geen: ingevroren	
		☐ Preservcyt® / Cytorich Red®	
Aard materiaal	☐ Paraffineblok(ken)	aantal:	
	☐ Coupe(s)	aantal:	
		☐ ongekleurde, snijdatum:/...../ 20.....	
		☐ gekleurde: ☐ HE ☐ IHC ^a :	

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

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

^b *Kostprijs: Er zal voor een second opinion 106,15€ aangerekend worden aan de vermelde aanvrager obv. de in UZ Leuven 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).*

^c *Het is de verantwoordelijkheid van de ondergetekende dat de niet-UZ Leuven 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

Identificatie Patholoog	
Naam:	
Adres:	(stempel)
Pathologie laboratorium:	
Kopie aan andere artsen:	

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