



Identificatie	Extern materiaal Referentie nr.: Staalsoort: Datum staalafname:/...../ 20.....		(voorbehouden voor UZ Leuven PO)
	Fixatie/ medium	Fixatieduur: ☐ < 6u ☐ 6 - 72u ☐ > 72u Fixatief: ☐ gebufferde formaldehyde 4% / formaline 10% ☐ geen: ingevroren ☐ Preservcyt [®] / Cytovich 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 <i>Kostprijs: Er zal voor een second opinion 106,15€ 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).</i> ^c <i>Het is de verantwoordelijkheid van de ondergetekende dat de niet-UZLeuven arts en/of patiënt(e) is geïnformeerd over hierboven vermelde aanrekening.</i>			

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: _____
_____	Adres: _____
Handtekening	Geboortedatum: _____ Geslacht: ____
_____	d d m m j j
ADRES aanvrager: _____	VERZEKERINGSINSTELLING KG1/KG2: _____ / _____
_____	Nr. verzekering _____ Verwantschap ____
TEL. AANVRAGER _____	Stamnr. _____
_____	Indien patiënt elders gehospit. is; Naam inrichting _____
_____	Identificatienr.: _____ Dienst: _____