

**AANVRAAGFORMULIER VOOR HIV DIAGNOSE
BIJ KINDEREN JONGER DAN 18 MAANDEN**

VERTROUWELIJK

<u>AANVRAGEND LABORATORIUM</u>	
Naam:	
Adres:	
Telefoon:	
Fax:	
<u>VOORSCHRIJVENDE GENEESHEER</u>	
RIZIV nummer:	
Naam:	
Adres:	
Telefoon:	
<u>GEGEVENS VAN DE PATIENT</u>	
Naam + voornaam: *	
Geboortedatum: *	Geslacht: * M / V
Adremanummer: (enkel UZ Gent)	
Rijksregisternummer: *	
Antiretrovirale therapie:	
<u>GEGEVENS VAN DE MOEDER</u>	
Naam + voornaam: *	
Geboortedatum: *	
Rijksregisternummer:	
Adremanummer: (enkel UZ Gent)	
Antiretrovirale therapie:	
<u>GEGEVENS STAAL</u>	
Datum bloedafname:*	
Staal: *	bloed / plasma / cellen
Datum van zending: *	
Uw referentie:	
* verplicht in te vullen	

MONSTER: EDTA bloed (paars): 3 ml
Ontvangst op ARL maximaal 24h na bloedafname
Binnen UZ Gent transport via buizenpost 3651
Het ARL is open van maandag tot vrijdag van 8u30 tot 12u en van 13u tot 17u
Staalontvangst in ARL tot 16u30

Staalontvangst buiten de openingsuren in centrale receptie lab Klinische Biologie, 1P8, ingang 22

Aanvraagformulieren en informatie betreffende testen, staalbehandeling en -transport zijn beschikbaar via

www.arl.ugent.be