



MEDILAB GENT
Gordunakaai 60
9000 GENT
09 222 02 72
info@medilab.be
www.medilab.be



BARCODE

AANVRAAGFORMULIER COVID-19-PCR TEST

(nasopharyngeale wisser – bovenste luchtwegen)

PATIËNTGEGEVENS

Naam en voornaam: _____

Adres: _____

Postcode en gemeente: _____

Geboortedatum: ____ - ____ - ____

Rijksregisternummer: _____ - _____ - _____

RESULTAAT

Via e-mail (drukletters) _____

Via post

INDIEN RESULTAAT POSITIEF

Kopie aan dokter: _____

GSM patiënt: _____

REDEN VAN ONDERZOEK

- Terug van reis rode zone **met** voorschrift of code (via mutualiteit)
- In contact met bewezen positief contactgeval **met** voorschrift of code (via mutualiteit)
- Ziek (via mutualiteit)
- Buitenlandse reis (47 euro) ID-card number: _____
- Op eigen initiatief **zonder** voorschrift (47 euro)
- Terug van reis (oranje of rode zone) **zonder** voorschrift of code (47 euro)
- Andere reden (47 euro): _____

Asymptomatisch

Symptomen

Datum begin symptomen: ____ - ____ - ____

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Koorts | <input type="checkbox"/> Kortademig | <input type="checkbox"/> Hoest |
| <input type="checkbox"/> Hoofdpijn | <input type="checkbox"/> Spierpijn | <input type="checkbox"/> Abdominale klachten |
| <input type="checkbox"/> Geur- en/of smaakverlies | <input type="checkbox"/> Moeheid | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Ik, bovengenoemde patiënt, heb kennis genomen van het feit dat het testresultaat en indien nodig mijn rijksregisternummer en de nodige contactgegevens kunnen worden overgemaakt aan de bevoegde overheidsinstanties in navolging van het KB van 26 juni 2020, alsook bevestig ik dat als ik de test op eigen initiatief laat uitvoeren, dat ik bij een positief resultaat mijn arts hiervan op de hoogte breng.

Handtekening patiënt