|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CCKL%20logo%20geaccrediteerd%20FC1**Logo_Reflab_new** | **INZENDFORMULIER**  Reflabnummer  Niet beschrijven a.u.b.  (Graag zo volledig mogelijk invullen) | amc%20logo_1 |
| Nederlands Referentielaboratorium voor Bacteriële Meningitis  G:\divd\neu\mening\Anne\Logo's\nieuw logo_meningene_sms.pngKamer L1-159, Afd. Medische Microbiologie, AMC  Antwoordnummer 153, 1100 WC Amsterdam  Telefoon: 020-5664874 / 020-5664864  E-mail: [reflab@amc.uva.nl](mailto:reflab@amc.uva.nl) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Aanvrager** | | **2.** | | | | **Behandellocatie patiënt** | | | | | | | |
| Naam laboratorium: | : ............................................. |  | | | | Behandelend arts | | | | | :…………………… | | |
| Inzender: | : ............................................. |  | | | | Ziekenhuis | | | | | : …………………… | | |
| Datum inzending : | : ……../………/………… |  | | | | Plaats | | | | | : …………………… | | |
| Telefoon / Fax / E-mail : | : ............................................. |  | | | |  | | | | |  | | |
|  |  |  | | | |  | | | | |  | | |
|  | |  |  | | | | | |  | | |  | | |
|  | |  |  | | | | | |  | | |  | | |
| **3.** | **Studiegegevens** | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | Studienummer: | : ............................................. | |  | | |  | | | | | |  | |
|  | Afname tijd | : ……. : …….. | |  | | |  | | | | | |  | |
|  | Afname datum | : ……../………/……… | | | | |  | | | | | |  | |
|  |  |  | | | | |  | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |  |
| **4.** | **Persoonlijke gegevens** | | | | |  | |  | | | | | | |
|  | Afname bij | : **O Patiënt / O Controle** | | | Relatie tot patiënt: …………….…………………………. | | | | | | | | | |
|  | Achternaam | : ............................................. | | | |  | |  | |  | | | | |
|  | Voorletters | : ............................................. | | | |  | |  | |  | | | | |
|  | Geb.datum + geslacht | : ……../………/……… M / V | | | |  | |  | |  | | | | |
|  | Woonplaats | : ............................................. | | | |  | |  | |  | | | | |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | |
| Keeluitstrijk + inzendformulier inleveren op: L1-205.  Materiaal links onderin de koelkast tegenover de balie plaatsen in het bakje “SMS-studie”  *S.V.P. duidelijk op kweek vermelden of het de kweek van patiënt of controle betreft.* | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **(Voor afname instructie z.o.z.)** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8.** | **Niet invullen s.v.p.** (in te vullen door ontvanger) | | | |  | |  |  |
|  | | Datum | Paraaf: |  | | Datum | Paraaf: |  |
|  | Ontvangen / ingezet: | …………… | ………… | Uitslagcontrole: | | …………… | ………… |  |
|  |