

# AANVRAAGFORMULIER COVID-19

## Persoonsgegevens

Geboortenaam

Naam huwelijkse partner

Voorletters   M  V

Voornaam  (bij kind of tweeling)

Adres

Postcode

Woonplaats

Geb.datum

BSN

Nota - Zorgverzekeraar

Polisnr

Arts

Instelling

Bezwaar tegen gebruik materiaal\*

Bij het inleveren van het materiaal/formulier gaat u akkoord met het aangevraagde onderzoek door het Medisch Microbiologisch Laboratorium

\* Na behandeling van deze aanvraag kan het overgebleven materiaal geanonimiseerd worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek

## COVID-19

Afnamedatum

Datum eerste ziektedag

### Locatie afname (vink één of meerdere afnamelocaties aan)

- Neus (nasopharynx)
- Keel (oropharynx)
- Oog
- Sputum

Anders:

### Symptomen (indien van toepassing)

- Neusverkoudheid
- Keelpijn
- Hoesten (afgelopen 24 uur)
- Kortademigheid
- Koorts > 38 graden (afgelopen 48 uur)
- Buikpijn
- Diaree
- Spierpijn

## Belangrijk

Controleer of uw juiste praktijknummer op dit laboratoriumformulier staat. Positieve uitslagen worden direct doorgebeld.

Vul uw spoednummer hier in: