



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: \_\_\_\_\_  
Voornaam: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode en gemeente: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Rijksregisternummer: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### RESULTAAT

Via e-mail (**drukletters**): \_\_\_\_\_  
 Via post

### REDEN VAN ONDERZOEK

Terug van reis (rode zone) **met** voorschrift of code: \_\_\_\_\_  
 In contact met bewezen positief contactgeval **met** voorschrift of code: \_\_\_\_\_  
 Ziek (via mutualiteit)  
 Preoperatief onderzoek (met code of voorschrift): \_\_\_\_\_  
(met uitzondering van platische chirurgie)  
 Buitenlandse reis (50 euro) ID-card number: \_\_\_\_\_  
 Op eigen initiatief **zonder** voorschrift (50 euro)  
 Terug van reis (oranje of rode zone) **zonder** voorschrift of code (50 euro)  
 Werk (50 euro): \_\_\_\_\_

Asymptomatisch

Symptomen

Datum begin symptomen: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Koorts

Kortademig

Hoest

Hoofdpijn

Spierpijn

Abdominale klachten

Geur- en/of smaakverlies

Moehed

Keelpijn

*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