



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)

**Resultaten zijn in het Engels – Results will be in English**

### PATIËNTGEGEVENS

(gelieve in DRUKLETTERS te schrijven – please use CAPITAL LETTERS)

Naam – family name: \_\_\_\_\_

Voornaam – first name: \_\_\_\_\_

Adres - address: \_\_\_\_\_

Postcode en gemeente – zip code & city: \_\_\_\_\_

Geboortedatum – date of birth: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Rijksregisternummer – social security number: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

### RESULTAAT

(gelieve in DRUKLETTERS te schrijven – please use CAPITAL LETTERS)

E-mail \_\_\_\_\_

Ik geef toestemming om mijn resultaat over te maken aan mijn werkgever

### REDEN VAN ONDERZOEK

Buitenlandse reis - travelling (55 euro)

Uur en datum van vertrek: \_\_\_\_\_

Internationaal PPN°/ID N°: \_\_\_\_\_

*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 de van toepassing zijnde reglementering inzake Covid-19, 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. Daarnaast bevestig ik dat mijn testresultaat naar bovenstaand e-mailadres mag worden doorgestuurd en indien van toepassing geef ik de goedkeuring om het testresultaat door te sturen naar het e-mailadres van mijn werkgever.*

Handtekening patiënt - Signature patient