

Aanvraagformulier PCR SARS-CoV-2

| Geboortedatum <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V Naam + Voornaam Adres Postcode Plaats Land Rijksregisternr. Tel. Mutualiteit CG1 CG2 <input type="checkbox"/> Factuur patiënt | <table border="1"> <tr> <th colspan="3">STEMPEL + HANDTEKENING</th> <th colspan="3">VOORSCHRIJVER</th> </tr> <tr> <td>Aanvraag-datum</td> <td>Afname-datum</td> <td>Afname-uur</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>DRINGEND</td> <td>RAPPORT</td> <td>NL FR EN</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tel</td> <td colspan="2">KOPIE patiënt (€)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fax</td> <td colspan="2">KOPIE Dr</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">Email</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> | STEMPEL + HANDTEKENING | | | VOORSCHRIJVER | | | Aanvraag-datum | Afname-datum | Afname-uur | | | | DRINGEND | RAPPORT | NL FR EN | | | | <input type="checkbox"/> Tel | KOPIE patiënt (€) | | | | | <input type="checkbox"/> Fax | KOPIE Dr | | | | | | Email | | | | |
|--|---|------------------------|---------------|--|---------------|--|--|----------------------|--------------------|------------------|--|--|--|-----------------|----------------|----------|--|--|--|------------------------------------|-------------------|--|--|--|--|------------------------------------|----------------|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|
| STEMPEL + HANDTEKENING | | | VOORSCHRIJVER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aanvraag-datum | Afname-datum | Afname-uur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DRINGEND | RAPPORT | NL FR EN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Tel | KOPIE patiënt (€) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fax | KOPIE Dr | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Email | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Gegevens over het staal

Staal type

- Wissel nasopharynx
 Wissel keel + neus (*Gebruik éénzelfde wissel voor de keel en de neusholten!*)

Klinische gegevens

Indicatie (*verplicht*)

- 0999 Indicatie terugbetaald door het RIZIV. De indicatie voldoet op het moment van staalafname aan de gevalsdefinitie voor COVID-19 zoals beschreven in de procedurerichtlijnen gepubliceerd op de website van Sciensano (<https://covid-19.sciensano.be/nl/covid-19-gevalsedefinitie-en-testing>)
- 09991 Andere indicatie (niet terugbetaald door het RIZIV)

Symptomen (actief of gehad): Ja Nee

Majeur:

- Hoest
 Kortademigheid
 Thoracale pijn
 Anosmie/dysgeusie zonder duidelijke oorzaak

Mineur:

- Koorts
 Spierpijn

- Vermoeidheid
 Rhinitis
 Keelpijn
 Hoofdpijn
 Anorexia
 Diarree
 Acute verwarring
 Plotse val
 Andere

Datum begin symptomen:

Risicogroep? Ja Nee

- Immunosuppressie, maligniteit
 Ouder dan 65 jaar
 Chronisch en ernstig hart-, long- en/of nierlijden
 Cardiovasculair lijden, AHT, diabetes

Gezondheidsmedewerker? Ja Nee

Naam + adres ziekenhuis/instelling

Bewoner collectiviteit? Ja Nee

Naam + adres collectiviteit