

AANVRAAGFORMULIER CORONAVIRUS PATIËNT

Naam + meisjesnaam :		Afnamedatum:
Adres :		__ / __ / ____ (dd/mm/jjjj)
Postcode :		
Woonplaats :		Afnametijd:
Geslacht :		
Geboortedatum :		
BSN-nummer :		
Patiëntnummer :		
Telefoonnummer patiënt :		

FORMULIER VOLLEDIG INVULLEN! (anders kan de aanvraag niet in behandeling genomen worden)

Patiënt (verplicht aankruisen)	Aanvrager
<input type="checkbox"/> Patiënt via huisarts	Aanvrager (+ artscode): Woonplaats huisarts:
<input type="checkbox"/> Patiënt via verpleeghuisarts (VV&T)	Aanvrager: Organisatie:
<input type="checkbox"/> Patiënt Adrz	Specialist: (verplicht invullen) Afdeling:
<input type="checkbox"/> Patiënt GGZ instelling	Aanvrager: Organisatie:
<input type="checkbox"/> Patiënt via GGD	Aanvrager = GGD-arts H. Koppenaal (G_827225)

AANVRAAG

- COVID-19
 - Gebruik **dezelfde** roze e-swab voor zowel diepe keelwat als nasopharynx uitstrijk