

AANVRAAGFORMULIER
MRSA SCREENING

PATIËNTGEGEVENS (volledig invullen of vignet kleven a.u.b.) Naam: Voornaam: Gesl.: M / V Adres: Nr. Postnr.: Gemeente: Geboortedatum: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Mutualiteitsgegevens: Ambulant <input type="checkbox"/> Verblijvend <input type="checkbox"/> Rijksregisternummer:	AANVRAGER Dr. RIZIV nr.: Aanvraagdatum (DD-MM-JJJJ): <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Handtekening:
---	--

KLINISCHE GEGEVENS/OPMERKINGEN:

.....

.....

.....

.....

STAALIDENTIFICATIE

Afnamedatum (DD-MM-JJJJ): -- Afnametijdstip (UU-MM): -

Indien nog niet opgenomen, vermoedelijke opnamedatum (DD-MM-JJJJ): --

INDICATIE

Opname
 Decubitus
 Preoperatief
 Pre partum
 Opvolging na dekolonisatie

AFNAMESITE

Keel + neus
 Neus
 Keel
 Wonde
 Insteekplaats katheter
 Perineum
 Andere: