

**PATIËNTGEGEVENS** (volledig invullen of vignet kleven a.u.b.)

Naam: ..... Voornaam: ..... Gesl.: M / V  
Adres: ..... Nr. ....  
Postnr.: ..... Gemeente: .....  
Geboortedatum: --  
**Mutualiteitsgegevens:** .....  
 Ambulant  Verblijvend Rijksregisternummer: .....

**STAALIDENTIFICATIE** (alle velden moeten ingevuld worden)

Aard materiaal:  CERVIX  ANDERE (specifieer): .....  
Afnamedatum (DD-MM-JJJJ): -- Afnametijdstip (UU-MM): -  
Afnamesysteem cytologie:  Surepath (verwerkingsdatum staal: --  
 Easyfix  
 ThinPrep  
 Andere (specifieer): .....

**REFERENTIENUMMER STAAL:** .....**AANVRAAG VOOR**

- 5531\* HPV screening bij**
- ASCUS of ASC-H
  - AGC NOS
  - AGC, favor neoplastic
- 5701 HPV bij follow-up van**
- ASCUS of ASC-H
  - AGC NOS
  - AGC, favor neoplastic
  - Behandelde CIN2, CIN3 of AIS met negatieve cervixcytologie

\* 5531 mag enkel aangevraagd worden na een tweede lezing van de cervixcytologie.

**5702 Andere indicatie HPV op cervicale cytologie, specificeer:**  
.....

**5532 Opsporen HPV op niet-cervicale cytologie stalen**

**AANGEVRAAGD DOOR:**

- |  |                     |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Dr. A. Leemans        | RIZIV 1-0794219-870 |
| <input type="checkbox"/> Dr. V. Mertens        | RIZIV 1-0784816-870 |
| <input type="checkbox"/> Dr. S. Verschuere     | RIZIV 1-4772209-870 |
| <input type="checkbox"/> Dr. F. Dedeurwaerdere | RIZIV 1-0951991-870 |
| <input type="checkbox"/> Dr. E. Steenkiste     | RIZIV 1-3627312-870 |
| <input type="checkbox"/> Dr. J. Lemahieu       | RIZIV 1-9932411-870 |

Aanvraagdatum (DD-MM-JJJJ):

--

Handtekening:

.....