



**LABO PATHOLOGIE**

**Dr. S. DELVAUX**

**Dr. D. STRYBOL**

Secretariaat: tel.: 011 69 92 60

Datum aanvraag

--	--	--	--	--	--

**Patiëntgegevens:**

(Gegevens aanvullen of patiëntensticker kleven a.u.b)

Naam en voornaam:

Adres:

Geboortedatum:

Huisarts:

Kopie aan dr.:

**AANVRAAGFORMULIER BIOPSIE / CYTOLOGIE**

Biopsie

Cytologie

Uur afname :

Uur fixatie :

Ingestuurd materiaal of orgaan:

.....

Klinische inlichtingen:

.....

.....

HANDTEKENING & STEMPEL ARTS

Voorbehouden voor labo APO:

Fd:

Vg:

V:

P:

B:

M:

U:

S:

Aantal blokken: