

Aanvraagformulier

1. Aanvrager:

Naam Uroloog: _____ Ziekenhuis: _____

Straat: _____ Postcode: _____ Plaats: _____

Tel: _____ Fax: _____ Email: _____

2. Moleculaire Test: (kruis hokje aan)

SelectMDx[®] Een mRNA urine test ter ondersteuning van een eventuele prostaat biopsie.
for Prostate Cancer

3. Informatie Patiënt:

Naam en Voorletters: _____

Straat: _____ Postcode: _____ Plaats: _____

Intern ID Patiënt: _____

Geboortedatum: - -
Dag Maand Jaar

Datum DRE: - -
(Laatste DRE voor test) Dag Maand Jaar

DRE: Verdacht Niet Verdacht
(Van dag van urineverzameling)

Datum PSA: - -
Dag Maand Jaar

PSA: _____ ng/mL

Prostaat Volume: _____ cm³

4. Urine Monster:

Afname Datum: - -
Dag Maand Jaar

5. Factuur: (kruis hokje aan)

Ziekenhuis/Kliniek: Urologie
 Crediteuren Administratie
 Anders: _____

Patiënt: _____
Handtekening Patiënt

Kostenplaats/Opdrachtnummer: _____
(indien van toepassing)

E-mail adres patiënt: _____
(voor verzending factuur)

6. Aantekeningen:

7. Handtekening Aanvrager:

Door het ondertekenen van dit formulier verklaar ik akkoord te gaan met de Algemene Voorwaarden op de achterzijde van dit formulier, een zorgverlener te zijn, de gebruiksaanwijzing voor SelectMDx[®] gelezen en begrepen te hebben en dat ik toestemming heb ontvangen van mijn patiënt om de SelectMDx[®] analyse aan te vragen en bovenstaande informatie te delen.

Handtekening Arts (geen handtekening stempel a.u.b.) _____

Datum: - -
Dag Maand Jaar

Patiënt ID Sticker

Steepjescode