

DOKTER (stempel)	PATIENT (patiëntenklever met barcode)
naam:	NAAM/VOORNAAM:
adres:	MAN / VROUW
RIZIV nr.:	ADRES:
HANDTEKENING:	GEBOortedatum:
DATUM:	Mutualiteitsgegevens verplicht
Kopie aan Dr.:	

33021

Afnamewijze: alle buisjes in deze volgorde afnemen en goed mengen door omzwenken na afname

2 Gestold (okergeel) S1
S2
1 Citraat (blauw) C1
1 EDTA (paars) 3 ml E1
1 Fluoride (grijs) F1

afname datum :

afname tijd :

moeilijke bloedname

Hemoglobine
 Erytrocyten
 Hematocriet
 Leucocyten
 Leucocytenformule
 Trombocyten

D-Dimeren

Natrium
 Kalium
 Chloor
 Bicarbonaat

Glucose nt nuchter
 Ureum
 Creatinine

Bilirubine tot. + direct
 Lactaat

AST + ALT
 Gamma GT
 Alkalische fosfatase
 LDH

CK
 Troponine I
 CRP

Ferritine

Optioneel: aanvinken aub

70 aPTT
 73 PT + INR

284 Calcium
 286 Fosfor
 287 Magnesium

273 Urinezuur

741 hCG