

Naam :	Voornaam :	PATIËNTENLABEL (ruimte gereserveerd voor het laboratorium)
Geboortedatum :	Geslacht: M V	
<u>Volledig adres</u> Straat : Postcode : Stad:		
Wederzijds verzekeringsnummer :		PATIËNTENLABEL (ruimte gereserveerd voor het laboratorium)
Personeelsnummer :		
Houder:		

VOORSCHRIJVEND ARTS

Naam :	Kopiëren naar :
RIZIV NUMMER :	
Adres:	
Telefoon:	Datum en handtekening :

COLLECTIE (vermeld duidelijk de naam, achternaam en geboortedatum van de patiënt **op alle buisjes**)

Buccaswab (Bewaren tussen 2 en 8°C)	
Datum en tijdstip van inzameling:	Datum en tijdstip van ontvangst:

KLINISCHE GEGEVENS (VERPLICHT)

Atopische dermatitis:	mild	☐ ernstig
matig Leeftijd van begin van de symptomen :		
andere :		
Allergieën: voedsel	huid	astma
		☐ Aziatisch andere (omschrijven a.u.b.):.....
Afkomst patiënt: Afrikaans Kaukasisch		

GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING (VERPLICHT)

Toestemmingsformulier ondertekend door de patiënt en bijgevoegd

ANALYSE VEREIST

Filaggrine genanalyse
