

	FORMULAIRE			
	ANALYSES DEMANDEES PAR LE PATIENT / VOM PATIENTEN ANGEFORDERTE ANALYSEN			
Identification F_MO_PREL_34_A	Approbateur Pierre BLONSKI	Date d'application 26/02/2022	Version 2	Page 1 / 2



Date de la demande :

Matricule du patient :
(ou date de naissance)

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

Nom de naissance et prénom du patient :**Nom marital :** **Sexe** M F**Adresse du patient :**

.....

.....

.....

N° de téléphone du patient :**ANALYSES DEMANDEES PAR LE PATIENT**

Si une recherche d'HIV, d'HCV, de syphilis ou un examen d'urines sont demandés, j'autorise le laboratoire à effectuer les tests complémentaires éventuellement nécessaires pour l'interprétation des résultats.

En l'absence d'ordonnance valide pour la CNS, les frais liés à l'acte de prélèvement seront facturés en sus (prise de sang adulte : 6,28 € - enfant moins de 6 ans : 7,85 € - prise de sang à domicile : 9,42 € + forfait déplacement 6,91 €).

J'accepte de régler la facture pour les analyses réalisées.

Transmission du protocole de résultats

au Dr

.....

(Noter le nom – prénom et adresse du médecin indiqué par le patient)

ou au médecin référent du Service National des Maladies Infectieuses du CHL en cas de résultat positif pour l'analyse HIV si aucun médecin n'est désigné.

Signature du patient :

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">KETTERHILL</div>	<p>FORMULAIRE</p> <p>ANALYSES DEMANDEES PAR LE PATIENT / VOM PATIENTEN ANGEFORDERTE ANALYSEN</p>			
Identification F_MO_PREL_34_A	Approbateur Pierre BLONSKI	Date d'application 26/02/2022	Version 2	Page 2 / 2



Datum der Anforderung :

Versicherungsnummer des Patienten : (oder Geburtsdatum)

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

Geburtsname und Vorname des Patienten :

Ehename : **Geschlecht** M W

Adresse des Patienten :

.....

.....

Telefonnummer des Patienten :

VOM PATIENTEN ANGEFORDERTE ANALYSEN

Wird ein Test auf HIV, HCV, Syphilis oder eine Urinanalyse angefordert, ermächtige ich das Labor, gegebenenfalls alle zusätzlichen Tests durchzuführen, die für die Interpretation der Ergebnisse notwendig sind.

Liegt der CNS keine gültige Verordnung vor, wird die Blutabnahme zusätzlich berechnet (Blutabnahme Erwachsener : 6,28 € – Kind unter 6 : 7,85 € – Blutabnahme zu Hause : 9,42 € + Anfahrtszuschuss 6,91 €)

Ich erkläre mich bereit, die Rechnung für die durchgeführten Analysen zu begleichen

<p>Befundübermittlung</p> <p>an Dr</p> <p style="font-size: small;">(Namen, Vornamen und Adresse des vom Patienten angegebenen Arztes vermerken)</p> <p>oder an den Referenzarzt beim Service National des Maladies Infectieuses des CHL im Fall eines positiven Ergebnisses beim AIDS-Test, wenn kein Arzt angegeben ist</p>	<p>Unterschrift des Patienten :</p>
--	--