

PATIËNTENKLEVER

Stempel
aanvragende arts:

Datum:
..... / /

Handtekening:
.....

**ZOL
LABORATORIUM
KLINISCHE BIOLOGIE**

T 089/32 46 70
F 089/57 98 81

www.zol.be/
klinisch-laboratorium

SYNOVASURE™ (Point Of Care Testing)

Gevraagde analyse

☐ Synovasure™ PJI

Code Labo

45535

Test resultaat:
(aanvinken a.u.b.)

Beschrijving

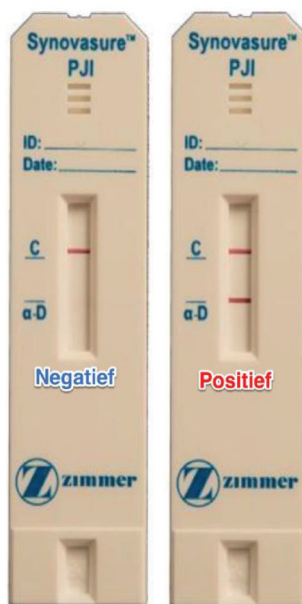
ref. 00-88888-125-05
-synovasure pji/5 aan 750 € excl.
BTW voor een doos van 5 stuks.

Aantal

Per stuk

Kosten

150 €
EX Btw



!! Test resultaat aanvinken (VERPLICHT):

Negatief

☐

Positief

☐

Niet interpreteerbaar

☐

Ingreep:

Datum + uur ingreep:

Dokter (stempel+handtekening verplicht!)

Gelieve het ingevulde aanvraagformulier terug te bezorgen aan
het laboratorium Klinische biologie (t.a.v. POCT) - of per mail: labo.poct@zol.be