

**DM agendafunctie :**

- ☐ aanmelden  
☐ mutatie  
☐ afmelden    eventueel reden afmelding .....

**Afamelocatie:**                    **Hagaziekenhuis**
**Gegevens patiënt**

|                                                                                                  |                                                                                                                                         |                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Geslacht                                                                                         |                                                                                                                                         | <b>Naam huisarts:</b><br>.....                                             |
| Volledige naam en voorletters                                                                    |                                                                                                                                         | <b>Praktijkadres: (evt. Stempel)</b>                                       |
| Straatnaam en huisnummer                                                                         |                                                                                                                                         | Naam .....                                                                 |
| Postcode en woonplaats                                                                           |                                                                                                                                         | Adres .....                                                                |
| Telefoonnummer                                                                                   |                                                                                                                                         | Postcode .....                                                             |
| Geboortedatum                                                                                    |                                                                                                                                         | Plaats .....                                                               |
| BSN nummer                                                                                       |                                                                                                                                         | Telefoon .....                                                             |
| Zorgverzekering en verzekeringsnummer                                                            |                                                                                                                                         | <b>Datum ingestuurd</b><br>.....                                           |
| Fundus onderzoek (graag aanmelden via <a href="http://www.zorgdomein.nl">www.zorgdomein.nl</a> ) | Voor het fundusonderzoek kunt u contact opnemen met de poli oogheelkunde van een ziekenhuis of bij één van de optometristen in de regio | <b>In te vullen door het laboratorium</b><br>In het systeem gezet<br>..... |
| Opmerking                                                                                        |                                                                                                                                         | Paraaf<br>.....                                                            |

Dit formulier kan ingevuld worden door de huisarts, diabetesverpleegkundige of praktijkassistente.

Na het volledig invullen van het formulier kunt u deze **per mail versturen naar** [coordinator-peri@labwest.nl](mailto:coordinator-peri@labwest.nl)

Wanneer de patiënt om medische redenen niet in staat is naar de bloedafname te komen dan kunt u dit bij opmerking aangeven met vermelding van de medische indicatie.

**N.B.:** voor een bloedafname aan huis wordt het thuisprik tarief in rekening gebracht.

Het meest recente overzicht van bloedafnameposten, inclusief de openingstijden, is te vinden op: [www.labwest.nl/locaties.pp](http://www.labwest.nl/locaties.pp)