

FORMULIER INZENDEN TEEK

Pro Health Medical DE erkenningsnr Laborpraxis Hüter: LANR 939257048/BSNR 242627000
Centraal laboratorium voor Immunologische Microbiologische geneeskunde
Postbus 316, 6000 AH WEERT, NEDERLAND
T: +31 495 545 000

info@prohealth.nl
www.prohealth.nl

klnr.

LET OP! Bij een niet volledig ingevuld en ondertekend aanvraag formulier kan het ingezonden materiaal helaas niet in behandeling worden genomen.

Gegevens Patiënt (IN BLOKLETTERS INVULLEN A.U.B.)

Achternaam: Voorletters:
Geslacht: Man / Vrouw Geboortedatum:
Adres:
Postcode: Woonplaats:
Telefoon: Land:

Facturen + uitslagen zullen per post worden verstuurd.

Extra kopieën achteraf aan derden zullen administratiekosten (€ 10,00) worden berekend. Opsturen kopie achteraf (uit archief) €25,00 administratiekosten.

DNA/RNA PCR Onderzoek(en) duidelijk aankruisen
Teek onderzoeken op:

- TB-1 Borrelia spp / Ziekte van Lyme € 41,95
TB-2: Borrelia spp + Rickettsia spp + Bartonella spp € 102,85
TB-3 Borrelia spp + Anaplasma spp + Ehrlichia spp + Francisella spp € 102,85
TB-4 Borrelia spp+ Q-koorts bacterie € 102,85
TB-5 Borrelia spp + Bartonella spp + Rickettsia spp + Q-koorts bacterie € 138,00
TB-6 Borrelia + Babesia € 102,85
TB-7 Babesia spp (CE) PCR € 75,00
TB-8 FSME virus (CE) PCR\* € 75,00

INDIEN MEERDERE TEKEN:

Ik wil graag dat alle teken afzonderlijk getest worden.
De aangegeven prijzen zijn per teek

Verplicht ondertekenen:

Patiënt gaat akkoord met de onderzoeken en de kosten hiervan. HANDTEKENING:

Eenmalige incasso machtiging.

Door ondertekening van deze opdracht verklaar ik tevens een éénmalige incassomachtiging te verstrekken ter betaling van het verschuldigde bedrag en laste van mijn bankrekeningnummer. IVM nieuwe betalingsregeling banken; IBAN vermelden (SEPA regeling)

Naam rekeninghouder:

IBAN/BANK nr.

Ik verklaar mij akkoord met de bepalingen en voorschriften die door de bankinstellingen dienaangaande zijn of zullen worden gesteld en kennis te hebben genomen van de regeling voor incasso-opdrachten en steeds voor voldoende saldo te zorgen op het moment waarop de voormelde rekening voor het opgegeven bedrag zal worden belast.

Handtekening: Datum: |\_|\_| - |\_|\_| - |\_2\_|\_0\_|\_1\_|\_8\_|

Voorwaarden: De patiënt accepteert de mogelijkheid dat geestelijk belastende resultaten kunnen worden gevonden.

De patiënt accepteert tevens alle kosten voortvloeiend uit de onderzoeken.

De uitslagen dient u te bespreken met uw behandelaar Levering volgens algemene contractvoorwaarden 2013. Deze kunnen kosteloos worden opgevraagd bij de administratie, tel. 0495-545000. Tussentijdse prijswijzigingen, druk- en zetfouten voorbehouden.

Voor zover mogelijk alle vragen invullen a.u.b.

Datum Tekenbeet: onbekend
Plaats van de teek op het lichaam:
Waar opgelopen; tuin, park bos? (locatie)
E.M. (Rode kring/vlek)? Ja Nee Onbekend
Ooit eerder een tekenbeet gehad?
Ja datum: Nee Onbekend
Borrelia onderzoek uitgevoerd?

INSTRUCTIES VOOR INZENDEN VAN DE TEEK

- Knip een driehoekige punt van ongeveer 3 centimeter van een schoon plastic zakje
Doe de teek in het plastic zakje en plak dit dicht met plakband
Plak de teek NIET tussen de plakband in en doe de teek samen met het formulier in de envelop (Voldoende frankeren!)
De envelop dient door een brievenbus te passen, eventuele strafporto wordt doorbelast!
Stuur de envelop naar NL: Pro Health Medical, Postbus 316, 6000 AH Weert, Nederland
Of naar ons Belgisch postadres: Pro Health Medical, Postbus 41, 3640 Kinrooi, België
De envelop NIET AANGETEKEND en NIET VERSNELD versturen a.u.b.

Ontv. lab Prf analist Rprt verzonden Prf. Analist:
Akkoord/Foutief: d.d.
Formulier versie: 2018 vs2.0