

Oogbank AZ Sint-Jan Brugge AV
 Depot Weefselbanken UZ Gent
 Ruddershove 10, 8000 Brugge
 Dr. Roggeman, verantwoordelijke depot
 Tel 050/45 28 56 - Fax 050/45 97 46
 Email oogbank.brugge@azsintjan.be

AANVRAAG TOT UITGIFTE AMNIONMEMBRAANGREFFE OF SCLERALE GREFFE

In te vullen door aanvrager	GRAAG UITGIFTE VAN		
	TYPE MLM:	☐ Amnionmembraan klein (ingevroren) ☐ Amnionmembraan groot (ingevroren) ☐ Sclera volledig (gekoeld) ☐ Sclera patch (gekoeld) ☐ Ander:	Aantal: Aantal: Aantal: Aantal: Aantal:
	OPMERKINGEN, SPECIALE WENSEN:		
	IDENTIFICATIEGEGEVENS PATIËNT (RECEPTOR)		
	NAAM EN VOORNAAM:		
	GEBORTE DATUM: / /		
	< OF KLEEF PATIËNTENVIGNET >		
	IDENTIFICATIEGEGEVENS VAN DE AANVRAGER		
	GEGEVENS OPHALING: AZ SINT-JAN BRUGGE AV, campus Sint-Jan DIENST LABORATORIUMGENEESKUNDE, STALENRECEPTIE, ROUTE 620 DATUM INGREEP: / / GEWENSTE DATUM OPHALING: / / GEWENSTE TIJDSTIP OPHALING: /		
DATUM: / / HANDTEKENING + STEMPEL AANVRAGENDE ARTS:			

Medewerker Oogbank	DISTRIBUTIE	
	DATUM/UUR DISTRIBUTIE: / / U	
	IDENTIFICATIENUMMER(S) GREFFE:	
	UITGEVOERD DOOR:	

Ontvanger	OVERHANDIGING AAN MEDEWERKER DIENST OOGZIEKTEN/OPERATIEKWARTIER	
	DOOR DIT FORMULIER TE ONDERTEKENEN BEVESTIG IK DAT HET IDENTIFICATIENUMMER VAN DE GREFFE DIE AAN MIJ WERD OVERHANDIGD OVEREENSTEMT MET HET NUMMER OP DIT FORMULIER EN MEEGELEVERDE ATTESTEN	
	DATUM/UUR: / / U	
	NAAM, HANDTEKENING:	