

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

AANVRAAG TOT UITGIFTE AMNIONMEMBRAANGREFFE OF SCLERALE GREFFE

GRAAG UITGIFTE VAN		
TYPE MLM:	<input type="checkbox"/> Amnionmembraan klein (ingevroren) <input type="checkbox"/> Amnionmembraan groot (ingevroren) <input type="checkbox"/> Sclera volledig (gekoeld) <input type="checkbox"/> Sclera patch (gekoeld) <input type="checkbox"/> 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-OOSTENDE AV, campus BRUGGE DIENST LABORATORIUMGENEESKUNDE, STALENRECEPTIE DATUM INGREEP: / / GEWENSTE DATUM OPHALING: / / GEWENSTE TIJDSTIP OPHALING: /	
DATUM: / /		HANDTEKENING + STEMPEL AANVRAGENDE GENEESHEER:

DISTRIBUTIE	
DATUM/UR DISTRIBUTIE: / / U
IDENTIFICATIENUMMER(S) GREFFE:	
UITGEVOERD DOOR:	

OVERHANDIGING AAN MEDEWERKER DIENST OOGZIEKTEN	
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/UR: / / U
NAAM, HANDTEKENING:	