

Aanvraagformulier Serologie Bulleuze Dermatosen

GEGEVENS PATIËNT

BSN

patiënt nummer

naam m/v

geboortedatum

adres

postcode

woonplaats

verzekering

inschrijfnnummer

IN TE VULLEN DOOR DE ARTS

Behandelend arts

AGB-code

Telefoon

Ziekenhuis

Datum afname

			-				-				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

KLINIEK

BLOEDAFNAME: 10 ml stolbloed (of afgedraaid serum hiervan),
kan ongekoeld worden verstuurd.

Locatie laesies: ☐ Huid ☐ Slijmvliezen

Overige relevante informatie en DD:

VERZENDADRES

UMCG

Laboratorium Immunodermatologie

Huispostcode EA50

Antwoordnummer 2986

9700 WR Groningen

Telefoon 050 – 3612871 / 3613552

Email: labimmunodermatologie@umcg.nl

Website: <https://www.immunoderma.org>

UITSLAG EN DECLARATIE VERZENDEN AAN:

--

*Het aangeboden diagnostisch pakket omvat IIF op meerdere substraten, diverse ELISA's en immunoblot. Voor een optimale keuze uit dit pakket is een goede omschrijving van de klinische afwijkingen en differentiaal diagnose essentieel.

*Gezien het voorkomen van aandoeningen met minimale circulerende hoeveelheden antilichamen bevelen wij voor optimale diagnostiek nadrukkelijk aan tevens een bipt in te sturen (zie ons formulier 'Bipt').

*Nadere informatie over ons diagnostisch pakket is telefonisch te verkrijgen:
Dr. J. Bremer (+31) 06 52 72 49 19
Dr. G.F.H. Diercks 050-3610403

*Materiaal kan aangeboden worden op werkdagen tussen 9.00 – 16.30.

IN TE VULLEN DOOR LABORATORIUM IMMUNODERMATOLOGIE

Datum ontvangst

Serumnummer

Paraaf

☐ De patiënt heeft aangegeven bezwaar te hebben tegen het gebruik van zijn/haar data en materiaal voor researchdoeleinden.

GEWENSTE DIAGNOSTIEK

☐ pemphigus

☐ pemphigoïd

☐ anders

☐ dermatitis herpetiformis

☐ paraneoplastische pemphigus

☐ alleen zoutsplijt