

Gegevens patiënt

Gegevens aanvrager

Voornaam + Achternaam\*  M  V

Straat en huisnummer\*

Postcode\*

Woonplaats\*

Geboortedatum\*

BSN\*

Huisartsenpraktijk of Apotheek\*

Plaats\*

Naam aanvrager\*

Telefoon\*

E-mail\*

Aanvragend apotheker verklaart hierbij deze aanvraag te doen in overleg met- en akkoord van behandelend huisarts

\* verplichte velden, Let op resultaten worden gedeeld met aanvragende instelling.

Aanvragend Arts\* (volledige naam AUB)

AGB code Aanvragend Huisarts/ medisch specialist\*

Reden van aanvraag\*

Start behandeling met; (geneesmiddel en dosering opgeven aub)

Ongewoon hoge / lage bloedspiegel; (geneesmiddel en dosering opgeven aub)

Onvoldoende effect; (geneesmiddel en dosering opgeven aub)

Bijwerkingen; (geneesmiddel en dosering)

Overige co-medicatie ( indien van toepassing )

Panel Farmacogenetica:

Basis: CYP2B6, CYP2C19, CYP2D6, CYP3A4, CYP3A5, CYP2C9, CYP1A2, UGT1A1, TPMT, VKORC1, DPYD, SLCO1B1, MTHFR, OPRM1, ABCB1, BCHE, ABCG2, COMT, CYP2C8, NUDT15,

IN TE VULLEN DOOR LABORATORIUM

Datum analyse

Intern referentienummer

In verband met privacy mag dit formulier alleen per veilige mail of per post verstuurd worden (Zie hieronder)  
Dit formulier mag enkel in overleg met uw arts of apotheker ingediend worden, indien dit niet het geval is  
komen de kosten van het onderzoek geheel voor uw eigen rekening, wij controleren hierop!