

IDENTIFICATIEFORMULIER (bij elke tube te voegen)

▪ Identificatie aanvrager:

Naam en adres ziekenhuis:

Naam en email van administratie waaraan gefactureerd mag worden:

Naam en email van aanvragende arts:

Naam en email van aanvragende klinisch bioloog (indien van toepassing):

▪ Contactgegevens van het ziekenhuis/arts:

Telefoon:

e-mail:

▪ Naam en/of identificatiecode patiënt:

(bijvoorbeeld laatste twee letters achternaam + eerste letter voornaam + geboortedatum; let erop dat identificatie code op dit formulier identiek is aan de identificatiecode op de serum tube)

○ **Gewicht patiënt:**

○ **Datum laatste injectie adalimumab/infuus infliximab:**

○ **Toegediende dosis:**

○ **Datum staalafname:**

▪ Therapie:

Infliximab (Remicade)

Adalimumab (Humira)

▪ Graag bepaling van:

enkel bloedspiegel
(30 euro*°)

bloedspiegel en indien deze onder detectie niveau is ook de antilichamen
(30-60 euro*° afhankelijk van bloedspiegel waarde)

sowieso bloedspiegel en antilichaam
(60 euro*°)

* prijzen exclusief BTW

° deze kosten kunnen aan de patient doorgerekend worden