



## Universitair Medisch Centrum Groningen

Laboratorium Klinische Farmacie en Farmacologie

Postadres:  
Huispostcode AP40  
Postbus 30.001  
9700 RB Groningen

Afleveradres:  
Ingang 45, 1e verdieping  
Ruimtenummer 50.1.C.026  
Petrus Campersingel 250  
9713 AP Groningen

tel.: (050) 361 4081 b.g.g. (050) 361 4071  
fax: (050) 361 2417



## Aanvraagformulier voor TDM & toxicologisch onderzoek

Prof. dr. D.J. Touw, hoofd laboratorium  
dr. M.G.G. Sturkenboom

Taal: \_\_\_\_\_

### Gegevens aanvrager:

Naam: \_\_\_\_\_  
Zhs/Inst: \_\_\_\_\_  
Straat: \_\_\_\_\_ Huisnr.: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_ AGB-code: \_\_\_\_\_  
Plaats: \_\_\_\_\_  
Land: \_\_\_\_\_  
Telefoon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Uitslag:  Email  Fax  Post

### Gegevens monster:

Extern labnummer: \_\_\_\_\_  
Materiaal: \_\_\_\_\_  
Afname datum: \_\_\_\_\_  
Afname tijd: \_\_\_\_\_

### Gegevens patiënt/sticker:

Naam: \_\_\_\_\_ Geslacht:  Man  Vrouw  
Voorletters: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Straat: \_\_\_\_\_ Huisnr.: \_\_\_\_\_ UMCG nummer: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_  
Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Land: \_\_\_\_\_

**Dit formulier graag afdrukken en per formulier 1 monster meesturen.**

**Voor bepalingen, materiaalkeuze, verzendcondities en referentiewaarden, zie [www.bepalingenwijzer.umcg.nl](http://www.bepalingenwijzer.umcg.nl)**

Te bepalen geneesmiddel(en):	Doseerschema:	Datum laatste dosis:	Tijd laatste dosis:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Reden: \_\_\_\_\_ Tel. overlegd met: \_\_\_\_\_

### Ruimte voor aantekeningen/opmerkingen:

\_\_\_\_\_

Doorgegeven:

Paraaf

Tel/Fax/Email/Post

Zonder tegenbericht wordt het monster 14 dagen na analyse vernietigd.