

DEMANDE D'EXAMEN EXTEMPORANE

N° DE TEL. SALLE D'OPERATION :

ETIQUETTE SIBELMED / WISH

ETIQUETTE bDOC

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

DEMANDE DE L'EXTEMPORANE

DATE ET HEURE :/...../..... Àh.....min.

MEDECIN PRESCRIPTEUR (cachet + signature)

DEMANDE D'EXAMEN EXTEMPORANE**Extempo (description + schéma)****PRELEVEMENTS REALISES****REPONSE****HEURE DE REPONSE :**h.....min.**Médecin Pathologiste (Nom + signature)**

AANVRAG VRIESCOUPE-ONDERZOEK

TELEFOONNUMMER OPERATIEZAAL :

SIBELMED KLEVER / WISH

bDOC KLEVER

KLINISCHE INLICHTINGEN

AANVRAAG VRIESCOUPE

DATUM EN UUR :/...../..... omu.....min.

VOORSCHRIJVENDE ARTS (stempel + handtekening)

AANVRAG VRIESCOUPE-ONDERZOEK**Vriescoupe (beschrijving + schema)****AFNAME****ANTWOORD****UUR VAN HET ANTWOORD :**u.....min.**PATHOLOGISCHE ARTS (Name + handtekening)**