



## Aanvraag pathologisch onderzoek Radiologie

Patiëntnummer: \_\_\_\_\_  
Geslacht M/V: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum + -plaats: \_\_\_\_\_  
Naam (en geboortenaam): \_\_\_\_\_  
Voorletters: \_\_\_\_\_  
Straat + huisnummer: \_\_\_\_\_  
Postcode + woonplaats: \_\_\_\_\_  
Naam zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_  
Polisnummer: \_\_\_\_\_  
BSN-nummer (verplicht): \_\_\_\_\_

Aanvragend arts:	_____	*1) Tel.:	_____
Kopie uitslag aan:	_____		*1)
Ziekenhuis:	_____		
Datum afname / tijd:	_____		*1)
Afgenomen door:	_____	*1) Verpakt door:	_____
Afdeling:	Radiologie / echo	Tel.:	_____

Aantal meegezonden:	
0 / 1 / 2	glasjes *2)
1	buisjes / potjes

Aard materiaal: Schildklier

Aard ingreep: FNA

Zijdigheid:  Links  Rechts \*2)

Jodiumtherapie: Ja / Nee \*2)

Type nodus: solide / cysteus / complex \*2)

Diameter laesie: \_\_\_\_\_ \*2)

Tirads score: \_\_\_\_\_

Relevante voorgeschiedenis (bijv. therapie / thyreoïditis): \_\_\_\_\_

Vraagstelling: Bethesda classificatie?