

Aanvraagformulier cervicovaginaal onderzoek

Patiënt (naam/voornaam): Geboortedatum: / / Adres: Rijksregisternummer:	Ruimte voor orderetiket Aanvraagdatum:/...../20..... Staalafnamedatum:/...../20.....
Arts: dr. Adres: RIZIV: Handtekening:	Stempel arts
Volg steeds de afname-instructies zoals beschreven in 'Afname-instructies baarmoederhalsuitstrijkje'	
VERPLICHT IN TE VULLEN Datum laatste uitstrijk + resultaat	
Gynaecologische status	☐ Premenopauzaal ☐ Perimenopauzaal ☐ Postmenopauzaal
Locatie uitstrijkje	☐ Cervix ☐ Vaginakoepel
Indicatie ☐ Primaire analyse binnen de georganiseerde screening ☐ Diagnostische opvolging na 1 jaar binnen de georganiseerde screening ☐ Diagnostische en therapeutische follow-up ☐ PCR ☐ cytologie ☐ Klinische testing (bij symptomen) * ☐ postmenopauzaal bloedverlies ☐ abnormaal therapieresistent uterien bloedverlies ☐ onverklaard postcoïtaal bloedverlies ☐ Immuungecompromitteerden * ☐ DES ¹ * ☐ AIS ² * ☐ Tijdelijk hoog-risico * ☐ Buiten indicatie € ☐ PCR € ☐ cytologie €	Frequentie van terugbetaling Cfr RIZIV 1 terugbetaling/ jaar 1 terugbetaling/jaar zowel voor de cytologie als voor de HPV-test Geen beperking Geen beperking Geen beperking 2 terugbetalingen/ jaar zowel voor de cytologie als voor de HPV-test Geen terugbetaling
Het ziekenfonds vergoedt als je voldoet aan bovenstaande indicaties. Is dat niet het geval, dan kan de kostprijs voor de testen tot 60 euro bedragen. Enkel in te vullen indien buiten indicatie: Ik geef mijn akkoord voor uitvoering van de moleculaire HPV test en/of anatomopathologisch onderzoek Naam en voornaam patiënt: Handtekening patiënt:	

¹DES= diethylstilbestrol=synthetisch oestrogeen dat tussen 1938 en 1971 werd voorgeschreven aan zwangeren ter voorkoming van miskraam. De dochters van de met DES-behandelde vrouwen lopen meer risico op kankers waaronder cervixCa. ²AIS=adenocarcinoma in situ. (*) Notificatie door aanvrager met indicatiestelling is verplicht