

**Aids Referentie Laboratorium**

Universitair Ziekenhuis  
De Pintelaan 185, MRB2 Ingang 38  
9000 Gent  
Tel: 09 332 51 61 – 09 332 36 46  
Fax: 09 332 38 41

**AANVRAAGFORMULIER VOOR  
HIV DIAGNOSE BIJ KINDEREN JONGER DAN  
18 MAANDEN**  
**VERTROUWELIJK**

**AANVRAGEND LABORATORIUM**

Naam:

Adres:

Telefoon:

Fax:

**VOORSCHRIJVENDE GENEESHEER**

RIZIV nummer:

Naam:

Adres:

Telefoon:

**GEGEVENS VAN DE PATIENT**

Naam + voornaam: \*

Geboortedatum: \*

Geslacht: \* M / V

Adremanummer: (enkel UZ Gent)

Rijksregisternummer:

Antiretrovirale therapie:

**GEGEVENS VAN DE MOEDER**

Naam + voornaam: \*

Geboortedatum: \*

Rijksregisternummer:

Adremanummer: (enkel UZ Gent)

Antiretrovirale therapie:

**GEGEVENS STAAL**

Datum bloedafname:\*

Staal: \* bloed/plasma/cellen

Datum van zending: \*

Uw referentie:

**\* verplicht in te vullen**

**MONSTER: EDTA bloed (paars): 3 ml**  
**Ontvangst op ARL maximaal 24h na bloedafname**  
**Binnen UZ Gent transport via buizenpost 3651**  
**Het ARL is open van maandag tot vrijdag van 8:00h tot 17:00h**  
**Staalontvangst tot 16h30, op vrijdag tot 16h**

Aanvraagformulieren en informatie betreffende testen, staalbehandeling en -transport zijn  
beschikbaar via [www.arl.ugent.be](http://www.arl.ugent.be)