



LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM

## Aanvraagformulier voor Consult

LUMC  
afd. Pathologie  
t.a.v. Consult Service, L1-Q  
Postbus 9600  
2300 RA Leiden  
Tel. 071-526 5052  
Fax. 071-526 6861  
E-mail: [cspath@lumc.nl](mailto:cspath@lumc.nl)

Naam patiënt(e):

Geslacht:

Geb. datum:

BSN nr.

Adres:

**Datum inzending:**

**Consult t.a.v. :**

**Aanvragend patholoog/behandelend arts:**

**PA Laboratorium/Ziekenhuis:**

**Kopie aan:**

**Reden aanvraag/bijzonderheden:**

**Specifieke vraagstelling:**

**Bijgesloten: (graag aanvinken):**

- |  |         |        |
|--|---------|--------|
| <input type="radio"/> Coupes                     | aantal: | PA nr. |
| <input type="radio"/> Blokjes (altijd meesturen) | aantal: | PA nr. |
| <input type="radio"/> PA verslag(en)             |         |        |

**Indien meerdere consulten tegelijk worden ingestuurd graag per patiënt apart verpakken**

