

 LABORATORIUM tel. 056 63 42 00	Invullen of aanbrengen van kleeftrekkers aub Patiënt (naam/voornaam): Rijksregisternummer: Geboortedatum: Adres: Nummer ziekenfonds	 LABORATORIUM tel. 051 33 40 90
Arts Adres RIZIV Handtekening		Stempel arts

AANVRAAGFORMULIER OPSPORING BAARMOEDERHALSKANKER

OORSPRONG STAAL

☐ Cervix
 ☐ Vaginakoepel
 ☐ Andere:

SCREENING

☐ 3324 Primaire screening door cytologie bij 25- tot 29-jarigen
☐ 3325 Primaire HPV- screening bij 30- tot 64-jarigen
☐ 3326 Primaire screening door co-testing vanaf 65 jaar (indien geen terugbetaalde screening geweest de voorbije 10 jaar)

SYMPTOMEN OF RISICO
*: met notificatieformulier

☐ 3330* Bij klinische symptomen door co-testing ☐ 3331* Bij hoogrisico DES of AdenoCa in situ door co-testing ☐ 3332* Bij hoogrisico immuundeficiëntie door cytologie bij 21- tot 29-jarigen ☐ 3333* Bij hoogrisico immuundeficiëntie door HPV bij 30- tot 64-jarigen	☐ Postmenopauzaal bloedverlies ☐ Abnl therapieresistent uterien bloedverlies ☐ Onverklaard postcoïtaal bloedverlies ☐ HIV-positieve persoon ☐ Na orgaantransplantatie ☐ Na allogene stamceltransplantatie ☐ Systemische lupus erythematosus ☐ Congenitale primaire immuundeficiëntie ☐ Langdurige immuunsuppressieve therapie
--	---

OPVOLGING SCREENING - 12 MAANDEN TRIAGE

☐ 3340 Follow-up door cytologie bij 25- tot 29-jarigen > 12m na afwijkende screening (ASC-US + HR HPV pos of LSIL)
☐ 3341 Follow-up door HPV bij 30- tot 64-jarigen > 12m na afwijkende screening (other HR HPV + NILM)
☐ 3342 Follow-up door HPV vanaf 65 jaar > 12m na co-testing (neg. HR HPV + ASCUS of other HR HPV + NILM)
☐ 3343 Follow-up door cytologie bij hoogrisico immuundeficiëntie 21- tot 29-jarigen > 12m na afwijkende screening (ASC-US)

DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE OPVOLGING (andere dan 12m triage) conform de richtlijnen

1 x per kalenderjaar zolang medisch noodzakelijk (uitzonderlijk 2 x per kalenderjaar met notificatieformulier (tijdelijk risico))

☐ 3350 Follow-up door cytologie
 ☐ 3353 optionele klinische info:

☐ 3351 Follow-up door HPV
☐ 3352 Follow-up door co-testing

BUITEN NOMENCLATUUR (geen van bovenstaande indicaties)

€ ☐ 3360 cytologie buiten RIZIV-indicatie
 € ☐ 3361 HPV buiten RIZIV-indicatie
 € ☐ 3362 co-testing buiten RIZIV-indicatie



LABORATORIUM

tel. 056 63 42 00

Invullen of aanbrengen van kleeftrefjes aub

Patiënt (naam/voornaam):

Rijksregisternummer:

Geboortedatum:

Adres:

Nummer ziekenfonds:



LABORATORIUM

tel. 051 33 40 90

In deze ruimte niets schrijven
of kleven a.u.b.

INFORMED CONSENT FORMULIER OPSPORING BAARMOEDERHALSKANKER

Een patiënte heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar (art. 8 Wet Patiëntenrechten). De behandelende arts heeft de patiënte ingelicht zowel over de aard en de doelstelling van een cervicovaginaal uitstrijkje als over het feit dat er voor deze tussenkomst in bepaalde omstandigheden geen tegemoetkoming is van het ziekenfonds volgens de huidige regelgeving.

Na voldoende te zijn voorgelicht verzoekt ondergetekende patiënte een afname door de behandelende arts en een HPV-test en/of cytopathologisch onderzoek door het laboratorium voor klinische biologie en/of pathologische anatomie van het az groeninge Kortrijk te laten uitvoeren op de betreffende afname. Indien er voor dit onderzoek geen tegemoetkoming is van het ziekenfonds, verbindt ondergetekende patiënte er zich toe de voor deze tussenkomst verschuldigde honoraria te vereffenen na ontvangst van de factuur. Het betreft:

- € 6,16 voor de afname
- € 35,47 voor cytologisch onderzoek
- € 32,20 voor HPV test

(tarieven op 1/1/2025 en indexgebonden)

Deze toestemming wordt gegeven in overeenstemming met de bepalingen van art. 8 van de Wet betreffende de rechten van de patiënt.

Datum:

Handtekening: