

Naam van de patiënt (LET OP! Identiteitsbewijs meenemen)

# TRIAL

Naam patiënt (voll.): \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_  
Woonplaats: \_\_\_\_\_  
BSN: \_\_\_\_\_



Aanvrager: **Shabo G**  
Kopie aan  
Contact : Inst: **TRLAB**

IN TE VULLEN DOOR MEDEWERKER

Datum afname:     /     /                      Tijd afname:     :

AANVRAGEN

**NOGBS studie-ID:.....**

KLINISCHE GEGEVENS

<b>NOGBS</b>	<b>Visite 1</b>
Aanvraagscherm	: TRIALS/Projecten
Aanvraag	: NOGBS
Visitenummer	: 1

De scope van Medlons  
accreditatie is gepubliceerd  
op [www.rva.nl](http://www.rva.nl)



HUISARTSENLABORATORIA  
TROMBOSEDIENSTEN  
ZIEKENHUISLABORATORIA