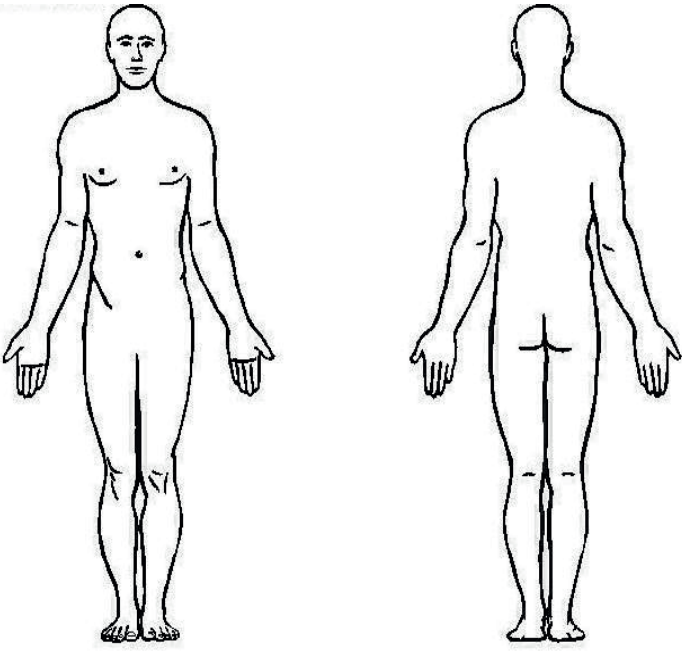


AANVRAAG ONDERZOEK DERMATOLOGISCHE BIOPSIE

<p><u>Identificatie v/d patiënt (klever, etiket)</u></p> <p><u>Onze referenties:</u></p>	<p><u>Handtekening en stempel van de voorschrijvende arts :</u></p> <p><u>Datum/uur onderzoek:</u></p> <p><u>Kopie(s) aan dokter:</u></p>	
<p>Lokalisatie v/d letsels : <input type="radio"/> omcirkel op het schema Plaats van biopsie: ✕ kruis aan</p>		
<p><u>Dermatose :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> erythemateus <input type="radio"/> erythemateus-schilfe <input type="radio"/> vlekken <input type="radio"/> knobbelig <input type="radio"/> blaasjes <input type="radio"/> bolvormig <input type="radio"/> puistig <input type="radio"/> gepigmenteerd <input type="radio"/> petechieën 		<p><u>vo cellulaire letsels:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Meerdere naevi <input type="checkbox"/> Veranderingen : welke? <input type="checkbox"/> Voorgeschiedenis: welke? <input type="checkbox"/> Huidtype
<p><u>Aanvang v/d letsels:</u>.....</p> <p>Evolutie: snel <input type="radio"/> progressief <input type="radio"/> fluctuerend <input type="radio"/> terugkomend <input type="radio"/></p> <p><u>Jeuk :</u> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/></p> <p><u>Pijn:</u> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/></p> <p><u>Voora-fgaande behandeling(en) :</u> lokaal <input type="radio"/> algemeen <input type="radio"/> <u>welke? :</u>.....</p> <p><u>Systemische of geassocieerde pathologie</u>.....</p> <p><u>Medicatie: welke? :</u>.....</p> <p><u>Klinische differentiële-diagnose :</u></p>		