



Aanvraagformulier Serologie Bulleuze Dermatosen

GEGEVENS PATIËNT

BSN  
patiënt nummer  
naam m/v  
geboortedatum  
adres  
postcode  
woonplaats  
verzekering  
inschrijfnummer

[Redacted patient information area]

VERZENDADRES

UMCG  
Laboratorium Immunodermatologie  
Huispostcode EA50  
Antwoordnummer 2986  
9700 WR Groningen  
Telefoon 050 – 3612871 / 3613552  
Email: [labimmunodermatologie@umcg.nl](mailto:labimmunodermatologie@umcg.nl)  
Website: <https://www.immunderma.org>

IN TE VULLEN DOOR DE ARTS

Behandelend arts  
AGB-code  
Telefoon  
Ziekenhuis  
Datum afname

UITSLAG EN DECLARATIE VERZENDEN AAN:

[Empty box for results and declaration]

KLINIEK

**BLOEDAFNAME: 10 ml stolbloed** (of afgedraaid serum hiervan),  
kan ongekoeld worden verstuurd.

Locatie laesies:  Huid  Slijmvliezen

Overige relevante informatie en DD:

\*Het aangeboden diagnostisch pakket omvat IIF op meerdere substraten, diverse ELISA's en immunoblot. Voor een optimale keuze uit dit pakket is een goede omschrijving van de klinische afwijkingen en differentiaal diagnose essentieel.

\*Gezien het voorkomen van aandoeningen met minimale circulerende hoeveelheden antilichamen bevelen wij voor optimale diagnostiek nadrukkelijk aan tevens een biopt in te sturen (zie ons formulier 'Biopt').

\*Nadere informatie over ons diagnostisch pakket is telefonisch te verkrijgen:  
Dr. J. Bremer (+31) 06 52 72 49 19  
Dr. G.F.H. Diercks 050-3610403

\*Materiaal kan aangeboden worden op werkdagen tussen 9.00 – 16.30.

De patiënt heeft aangegeven bezwaar te hebben tegen het gebruik van zijn/haar data en materiaal voor researchdoeleinden.

GEWENSTE DIAGNOSTIEK

- pemfigus  dermatitis herpetiformis
- pemphigoïd  paraneoplastische pemphigus
- anders  alleen zoutsplit

IN TE VULLEN DOOR LABORATORIUM IMMUNODERMATOLOGIE

Datum ontvangst  
Serumnummer  
Paraaf

