

**IDENTITEITSBEWIJS ALTIJD MEENEMEN**

**Gegevens patiënt:**

naam :.....  
 adres :.....  
 geboortedatum :.....  
 BSN :.....

Huisarts (aanvrager):	Datum:.....	Locatie:
Naam (stempel): Tel: Fax: AGB-Code:  Factuuradres: <b>Zorggroep Flevoland</b> <b>Postbus 40099</b> <b>8004 DB Zwolle</b>	<b>Afname:</b> <input type="checkbox"/> huisbezoek code .....  <b>Uitslag:</b> dezelfde dag	<input type="checkbox"/> Bloedafname: ma t/m vr <b>Locatie Emmeloord</b> <b>07:30-16:30 uur</b> Urkerweg 4 8303 BX Emmeloord  <b>Locatie Urk</b> <b>08.00-08.45 uur</b> Oslolaan 6 8321 HE Urk  <input type="checkbox"/> Oogheelkunde locatie Emmeloord Bellen voor een afspraak: (0527) 620 460

**Laboratorium**

- HbA1c
- Jaarcontrole (Glucose nuchter, HbA1c, Kreatinine/eGFR, Kalium, ALAT, Chol., Trig., HDL-c, LDL-c)
- Microalbumine/Kreatinine ratio (urine)
  
- Glucose (nuchter)
- Kreatinine/eGFR
- Cholesterol (totaal)
- Triglyceriden
- HDL-c
- LDL-c (berekend)

**Oogheelkunde (KIS)**

- Fundusfotografie & beoordeling, aanvraag gedaan via het KIS