



LOUISE MEDICAL CENTER

FORMULAIRE DE DEMANDE DU LOUISE MEDICAL CENTER

PCR COVID 19 (Frottis Nasopharyngé)

RESULTATS (avec date, numéro national et numéro passeport indiqués) A TRANSMETTRE PAR MAIL AU PATIENT

Attention ! Si résultat POSITIF, le labo doit inviter le patient à se mettre en quarantaine et contacter son médecin traitant le plus vite possible. MERCI.

Date de départ :

Retour – Code SMS/QR :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

.....

Gsm :

Adresse mail :

Numéro national :

Numéro passeport :

Langue souhaitée : FRANÇAIS ou ANGLAIS (choix à entourer)

DECLARATION DU PATIENT :

Etant donné que cette indication n'est pas reprise dans les conditions de remboursement de l'INAMI, ce test ne peut-être effectué que si le voyageur accepte les trois conditions notées ci-dessous :

1/ Le test est exigé par le gouvernement étranger

2/ Le voyageur s'engage à payer le coût de l'analyse (46,81€)

3/ Le voyageur communiquera le résultat du test à son médecin traitant

Signature :

Le test sera facturé 46,81€ au patient par le labo LIMS