

## AANVRAAG VOOR BLOEDAFNAME MEDEDELING THC-COOH

---

<b>GEGEVENS BETROKKENE:</b>	
<i>Naam:</i>	
<i>Geboortedatum:</i>	
<i>Adres+ woonplaats:</i>	
<i>BSN:</i>	
<b><u>BETROKKENE DIENT ZICH TE LEGITIMEREN.</u></b>	

<b>BLOEDAFNAME TEN BEHOEVE VAN DE VOLGENDE BEPALINGEN:</b>
  <b>Cannabis THC-COOH</b>

<b>UITSLAG LABORATORIUMONDERZOEK DIRECT ZENDEN NAAR KEUREND PSYCHIATER/ ARTS:</b>	
<i>Naam:</i>	de heer M. van Loenen, psychiater
<i>AGB code:</i>	03/068359
<i>Adres:</i>	Van Baerlestraat 13-A-II
<i>Postcode + plaats:</i>	1071AM Amsterdam
<i>Email:</i>	keuring@psychiatervanloenen.nl

<b>REKENING LABORATORIUMONDERZOEK ZENDEN AAN:</b>
<i>Betrokkene zelf, zie bovenzijde van dit formulier.</i> <i>AGB Code factuur alleen voor AtalMedial: 03/061071</i>