

AANVRAAG VOOR URINEAFNAME ONDERZOEK NAAR DRUGS

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

URINEONDERZOEK (DOA) TEN BEHOEVE VAN DE VOLGENDE BEPALINGEN:	
<input type="checkbox"/> Amfetamines <input type="checkbox"/> Cocaine <input type="checkbox"/> Methadon <input type="checkbox"/> Methadon metaboliet <input type="checkbox"/> Opiaten/heroïne <input type="checkbox"/> Ketamine <input type="checkbox"/> Benzodiazepines <input type="checkbox"/> GHB (4-hydroxyboterzuur) X Creatinine, altijd	
UITSLAG LABORATORIUMONDERZOEK DIRECT ZENDEN NAAR KEUREND PSYCHIATER/ ARTS:	
<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>	1071 AM Amsterdam
<i>Email:</i>	keuring@psychiatervanloenen.nl

REKENING LABORATORIUMONDERZOEK ZENDEN AAN: <i>Betrokkene zelf, zie adres bovenaan deze pagina.</i> <i>AGB Code factuur alleen voor AtalMedial: 03/061071</i>
