



**GGD**  
**Amsterdam**

## Streeklaboratorium

### Amsterdam naar nul nieuwe hiv-infecties

#### Aanvraagformulier

---

BSN: .....

Geslacht: .....

Naam: .....

Geboortedatum: .....-.....-.....

Adres: .....

Postcode: .....

Woonplaats: .....

Kosten voor de GGD: 7522 2699

---

Naam aanvrager: **Hiv naar nul**

Kopie uitslag naar huisarts:

Naam huisarts: .....

Praktijknaam .....

---

Datum afname: .....-.....-.....

---

Aanvragen:

Stolbloed:  HIV- screening

Optioneel:  Hepatitis B (anti-Hbc)  
 HCV- screening (anti-HCV)

GGD Streeklaboratorium Amsterdam  
Nieuwe Achtergracht 100  
1018 WT Amsterdam  
Tel: 020-5555 275

**Belangrijk: dit ingevulde aanvraagformulier meesturen met het afnamemateriaal.**