

Verwijsformulier PGT

(Preïmplantatie Genetische Test)



Deze aanvraag is bedoeld voor:

PGT-centrum Maastricht UMC+

Polikliniek Klinische Genetica
Postbus 5800
6202 AZ Maastricht
F: 043 3871720
Per secure e-mail: polikliniek.klinischegenetica@mumc.nl

PGT-transportcentrum UMC Utrecht

Afdeling Voortplantingsgeneeskunde
Postbus 85090
3508 AB Utrecht
F: 088 755 5507
Per secure e-mail: ppgadministratie@umcutrecht.nl

PGT-transportcentrum UMC Groningen

Afdeling Genetica
Postbus 30001
9700 RB Groningen
F: 050 3617231
Per secure e-mail: klin.genetica@umcg.nl

PGT-transportcentrum Amsterdam UMC

Afdeling Klinische Genetica
Postbus 22660
1100 DD Amsterdam
F: 020 5669304
Per secure e-mail polikg@amc.nl

Vul dit verwijsformulier in en stuur het samen met uw verwijsbrief en de uitslag van het DNA- of chromosoomonderzoek naar het PGT-centrum of PGT-transportcentrum van uw keuze.

Gegevens vrouw

Vul in of plaats hier patiëntsticker

Voorletters en naam
Straat
Postcode en woonplaats
Geboortedatum
Tel / Mobiel
E-mail
 Stuur mij de afspraak per e-mail
Zorgverzekering
Polisnummer BSN
Naam huisarts Plaats

Gegevens man

Vul in of plaats hier patiëntsticker

Voorletters en naam
Straat
Postcode en woonplaats
Geboortedatum
Tel / Mobiel
E-mail
 Stuur mij de afspraak per e-mail
Zorgverzekering
Polisnummer BSN
Naam huisarts Plaats

Aanvragend arts

Vul in of plaats hier uw stempel

Naam
Huisartsenpraktijk / ziekenhuis
Afdeling
Straat/postbus
Postcode en plaats
AGB-code
Telefoon/sein
E-mailadres

Genetische data

Genetische aandoening waarvoor PGT wordt gevraagd _____

OMIM-no. _____

Gen _____

Mutatie _____

Klasse 3 4 5

Erfmodus AD AR XL-D XL-R mt

Is er sprake van bloedverwantschap? Zo ja, welke? _____

Wie is aangedaan? vrouw man kind familielid

Geef uw toelichting eventueel op de volgende pagina.

Toelichting
