

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
E: polikliniek.klinischegenetica@mumc.nl

PGT-transportcentrum UMC Utrecht

Afdeling Voortplantingsgeneeskunde
Postbus 85090
3508 AB Utrecht
F: 088 755 5507
E: pgdadministratie@umcutrecht.nl

PGT-transportcentrum UMC Groningen

Afdeling Genetica
Postbus 30001
9700 RB Groningen
F: 050 3617231
E: klin.genetica@umcg.nl

PGT-transportcentrum Amsterdam UMC

Afdeling Klinische Genetica
Postbus 22660
1100 DD Amsterdam
F: 020 5669304
E: polikg@amc.nl

Gegevens vrouw Vul ALLE velden in of plak patiëntsticker

Voorletters en naam
Geboortedatum BSN
Straat
Postcode en woonplaats
Tel / Mobiel
Zorgverzekering
Polisnummer
Naam huisarts Plaats

Stuur mij de afspraak per e-mail

E-mail

Gegevens man Vul ALLE velden in of plak patiëntsticker

Voorletters en naam
Geboortedatum BSN
Straat
Postcode en woonplaats
Tel / Mobiel
Zorgverzekering
Polisnummer
Naam huisarts Plaats

Stuur mij de afspraak per e-mail

E-mail

Aanvragend arts Vul in of plaats hier uw stempel

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

Vul dit verwijsformulier (pagina 1 en 2) 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.

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

Toelichting _____
