

Verwijsformulier PGT

(Preimplantatie Genetische Test)



Deze aanvraag is bedoeld voor:

PGT-centrum Maastricht UMC+

Polikliniek Klinische Genetica
Postbus 5800
6202 AZ Maastricht
T: 043 3875855
F: 043 3871720
E: polikliniek.klinischegenetica@mumc.nl

PGT-transportcentrum UMC Utrecht

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

Gegevens vrouw (verplicht invullen)

Vul ALLE velden in of plak patiëntsticker

Voorletters en naam
Geboortedatum BSN
Straat
Postcode en woonplaats
Zorgverzekering
Polisnr
Naam huisarts Plaats

Contactgegevens vrouw (verplicht invullen)

Tel / Mobiel
E-mail

Stuur mij de afspraak per e-mail

Gegevens man (verplicht invullen)

Vul ALLE velden in of plak patiëntsticker

Voorletters en naam
Geboortedatum BSN
Straat
Postcode en woonplaats
Zorgverzekering
Polisnr
Naam huisarts Plaats

Contactgegevens man (verplicht invullen)

Tel / Mobiel
E-mail

Stuur mij de afspraak per e-mail

Aanvragend arts

Vul in of plaats hier uw stempel

Naam
Ziekenhuis / huisartsenpraktijk
Afdeling
Straat / postbus
Postcode en plaats
AGB-code
Tel / 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 _____
