

Dit formulier is digitaal invulbaar. Na invullen, het formulier afdrukken en met patiëntmateriaal insturen.  
Een onvolledig ingevuld formulier of niet correct ingezonden materiaal kan omwille van de zorgvuldigheid niet in behandeling worden genomen.  
**Per sample een formulier. Indien mogelijk een patiëntensticker / ponsplaatje afdruk.**

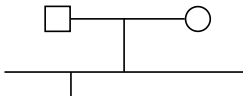
<p><b>Afgifte materiaal</b></p> <p>Erasmus MC Afdeling Klinische Genetica Kamer/Loket Ee2475 Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam</p> <p><b>Postadres</b></p> <p>Erasmus MC Afdeling Klinische Genetica, Ee2475 Antwoordnummer 55, 3000 WB Rotterdam</p> <p>T: (010) 70 43 197, F: (010) 70 43 200 E: <a href="mailto:Loket.klinischegenetica@erasmusmc.nl">Loket.klinischegenetica@erasmusmc.nl</a></p>	<p><b>Naam patiënt(e):</b> M V</p> <p>PID Erasmus MC:</p> <p>Geboortedatum:</p> <p>Adres:</p> <p>Postcode: Woonplaats:</p> <p>Telefoonnummer:</p> <p>BSN:</p> <p>Verzekering: Polisnummer:</p> <p>Huisarts:</p> <p>Adres:</p> <p><b>Naam partner:</b></p> <p>Geboortedatum:</p>
--	---

<p><b>Ruimte vrijhouden</b></p> <p><b>Aanvraagnummer</b></p> <p><b>Barcode</b></p>	<p><b>Alternatieve declaratie:</b> M V</p> <p>PID Erasmus MC:</p> <p>Geboortedatum:</p> <p>BSN:</p> <p>Verzekering: Polisnummer:</p>
--	--

<p><b>Aanvragend arts:</b></p> <p><b>Indien arts-assistent; naam supervisor:</b></p> <p>Adres:</p> <p>Telnr.: Faxnr.:</p>	<p><b>Instelling:</b></p> <p>Afdeling:</p> <p>Uw kenmerk: AGB code:</p>
---	---

<p><b>Ontvangst digitale uitslag:</b></p> <p>Uitslag naar aanvragend arts (Reeds ingevuld)</p> <p>Uitslag naar medebehandelaar:</p> <p>Uitslag naar KCL:</p>	<p>emailadres:</p> <p>emailadres:</p> <p>emailadres:</p>
--	--

<p><b>Gebruik patiëntenmateriaal</b></p> <p>Betrokkene of diens ouders of wettelijke vertegenwoordiger <b>verbiedt expliciet</b> nader gebruik van zijn / haar lichaamsmateriaal.</p>	<p><b>Materiaal Barcode</b></p> <p><b>Materiaal Barcode</b></p>
---	---

<p><b>Is er al eens eerder materiaal van deze patiënt(e) of een familielid/partner ingestuurd?</b></p>	
<p>Stamboom: De persoon die op dit formulier vermeld staat met een pijl aanduiden; de aangedane familieleden intekenen.</p> 	<p>Neen</p> <p>Ja, nl.: (indien bekend) M V</p> <p>Naam:</p> <p>Geboortedatum:</p> <p>Familienummer:</p>

<p><b>Aard ingezonden materiaal</b></p> <p>bloed (2 x 7,5~10 ml bloed in STRECK buis)</p>	<p><b>Datum afname:</b></p>
---	-----------------------------

Voor de meest recente aanvraagformulieren, de algemene voorwaarden en informatie over afname- en verzendinginstructies, uitslagtermijnen/doorlooptijden, methodieken e.d. wordt verwezen naar onze website [www.erasmusmc.nl/nl-nl/patientenzorg/laboratoriumspecialismen/klinische-genetica](http://www.erasmusmc.nl/nl-nl/patientenzorg/laboratoriumspecialismen/klinische-genetica)

## Indicatie:

### Gewenst genetisch onderzoek: *(zie afspraken t.a.v. aanlevering van prenataal onderzoeksmateriaal en uitslagtermijnen)*

NIPT / Cell Free DNA Genotypering:

met nevenbevindingen

zonder nevenbevindingen (alleen trisomie 21, 18 en 13)

### Algemene Gezondheid:

Maligniteit in voorgeschiedenis: ja nee Indien ja graag specificeren:

Lupus: ja nee

LMWH (antistolling): ja nee

Leiomyoom van de uterus: ja nee n.v.t

### Zwangerschaps gegevens

Zwangerschapsduur (vgl. echo): wkn.: dgn.

BMI zwangere: lengte: gewicht:

Indien meerling, aantal foetussen:

Monochoriaal\*: ja nee \*Bij twijfel kies "Nee"

Vanishing twin\*: ja nee \*Bij twijfel kies "Nee"

### Onderzoek na bevalling/Overig

Datum bevalling:

Gegevens kind:

Naam:

Geboortedatum:

Geslacht: M V Onduidelijk/anders

Indien anders graag specificeren:

Geboortegewicht:

Gezond geboren: ja nee

Indien nee graag specificeren: