

Verwijzing fertiliteitspreservatie

AFDELING REPRODUCTIEVE GENEESKUNDE

E arg@uzgent.be – T +32 (0)9 332 37 95 (afspraken)

In te vullen door de verwijzende arts en mee te geven met de patiënt.

INFORMATIE OVER DE PATIËNT	INFORMATIE OVER DE PARTNER <i>(indien van toepassing)</i>
Naam: _____	Naam en geslacht: _____
Geboortedatum: _____	Geboortedatum: _____
Rijksregisternummer: _____	Rijksregisternummer: _____
Adres: _____ _____	
Gsm: _____	Telefoon: _____
E-mail (voor correspondentie): _____	
Verwijzing naar het UZ Gent	
Door: <input type="checkbox"/> huisarts <i>(kruis aan wat van toepassing is)</i> <input type="checkbox"/> gynaecoloog <input type="checkbox"/> oncoloog	Huisarts Naam: _____ Tel.: _____ Adres: _____ _____
Andere? _____ _____	
Oncoloog Naam: _____ Tel.: _____ <i>(graag rechtstreeks nr.)</i> Adres: _____ _____	Gynaecoloog Naam: _____ Tel.: _____ <i>(graag rechtstreeks nr.)</i> Adres: _____ _____
Diagnose	Geplande behandeling + geplande start
_____ _____ _____	_____ _____ _____
Datum MOC	Bijzondere opmerkingen
_____ Indien mogelijk graag een MOC-verslag toevoegen. Indien mogelijk, toevoegen: – bloedafname voor serologie (hiv, hepatitis B, hepatitis C, syfilis) – bij vrouwen ook anti-Mülleriaans hormoon	_____ _____ _____ _____ _____

Dank voor uw verwijzing.



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be