



STID

Screening Test for Inherited Diseases

Patiënt Informatie (Gelieve in DRUKLETTERS in te vullen)

* Om maximale privacy van patiënten te garanderen werkt GENDIA alleen met patiënt codes en niet met patiënt namen.

Gebruik daarom een CODE (met ten minste 6 cijfers en / of letters) in plaats van uw NAAM, en bewaar deze code op een veilige plaats, omdat GENDIA deze code in alle documenten zal gebruiken.

| | | | |
|----------------------|--------------------------|-------------|------------------------------|
| Code Vader* | ... | | |
| Geboortedatum Vader | ... | | |
| Code Moeder* | ... | | |
| Geboortedatum Moeder | ... | | |
| Zwanger ? | <input type="checkbox"/> | Ja Weken | <input type="checkbox"/> Nee |
| Adres | | | |
| Telefoon | ... | | |
| E-mail | ... | | |
| Datum bloedafname | ... | | |

Arts / Vroedvrouw

| | |
|-----------------|-----|
| Naam + Voornaam | ... |
| Telefoon | ... |
| E-mail | ... |

Akkoord

We gaan akkoord dat GENDIA het STID onderzoek organiseert, en hebben de beperkingen en mogelijkheden van de STID gelezen en begrepen.

| Handtekening Moeder | Handtekening Vader |
|----------------------|----------------------|
| | |