



Familie nr:

SELVHENVISNING ARVELIG KREFT

Jeg ønsker timeavtale til genetisk veiledning ☐

Jeg ønsker henvisning til kontrollopplegget som er tilbudt i min familie ☐

Navn

Personnummer

Adresse

Telefonnr.: E-postadr.:

Fastlege

Jeg er:

Mor ☐ Far ☐ Søster ☐ Bror ☐ Datter ☐ Sønn ☐ Annet ☐ (spesifiser:.....)

til, født

Jeg ønsker time ved: Oppmøte på poliklinikken ☐ Videokonsultasjon ☐

Jeg kjenner til at flere i familien er henvist hit: Ja ☐ Nei ☐

Dersom dere ønsker time sammen, oppgi navn på familiemedlem(mer) her:

.....

Sted/dato:

Underskrift:

Skrives ut, signeres og sendes per post eller e-post til:

Medisinsk genetisk avdeling Postadresse: Postboks 55, 9038 Tromsø E-post: medgen@unn.no

Telefon: 77 79 83 00