



ÖZEL
ANTALYA GENETİK HASTALIKLARI TANI MERKEZİ
(HASTA ONAM FORMU)

ADI SOYADI : TC NO :
DOĞUM YERİ : ANNE ADI :
DOĞUM TARİHİ : BABA ADI :
CİNSİYETİ : EŞ ADI :
TELEFON : EMAIL :
ADRES :

YAKINMA VE ÖYKÜ :

KLİNİK BULGULAR :

EŞ AKRABALIĞI : VAR YOK DERECEŚİ :
AİLE ÖYKÜSÜ :

LAB. BULGULARI :

ÖN TANI :

TALEP EDİLEN TEST :

ALINAN ÖRNEK TİPİ : TARİHİ :

Kendimde/Çocuğumda/Doğacak olan bebeğimde ön tanı olarak konulan hastalığı olup/olmadığının anlaşılması için genetik test yapılması gerektiği ve yapılan işlemler hakkında ki bilgiler tarafıma anlatıldı. Bu bilgiler doğrultusunda..... işleminin yapılmasını onaylıyorum.

HASTA ADI SOYADI

İMZA

DOKTOR