



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: .....

Sendes til: Medisinsk genetisk avdeling per post eller e-post.

Postadresse: Postboks 55, 9038 Tromsø

E-post: [medgen@unn.no](mailto:medgen@unn.no)

Telefon: 77 79 83 00