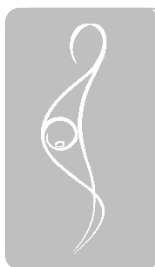




**AZ JAN PALFIJN
GENT**



**FORMULIER KENMERKEN WENSOUDE(S)
EICELACCEPTATIE**

IVF-CENTRUM AZ Jan Palfijn Gent AV

Watersportlaan 5, 9000 GENT, STRAAT 381

TEL 0032 (0) 9 224 88 50 – FAX 0032 (0) 9 224 88 55 - ivf.centrum@janpalfijngent.be

Bij gebruik van donoreicellen, gelieve volgende gegevens terug te bezorgen aan het IVF-centrum AZ Jan Palfijn Gent AV.

Deze gegevens weerspiegelen het fenotype van de patiënte(n).

Naam Gynaecoloog: _____

Naam vrouw: _____

Voornaam vrouw: _____

Geboortedatum vrouw: _____

Ras	<input type="checkbox"/> Afrikaan	<input type="checkbox"/> Aziaat	<input type="checkbox"/> Blank	<input type="checkbox"/> Mediterraan
	<input type="checkbox"/> Andere:			
Bloedgroep	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> AB
Rhesusfactor	<input type="checkbox"/> Positief	<input type="checkbox"/> Negatief		
Oogkleur	<input type="checkbox"/> Blauw	<input type="checkbox"/> Bruin	<input type="checkbox"/> Grijs	<input type="checkbox"/> Groen
Haarkleur	<input type="checkbox"/> Blond	<input type="checkbox"/> Donker Blond	<input type="checkbox"/> Bruin	<input type="checkbox"/> Zwart
	<input type="checkbox"/> Andere:			
Haaraspect	<input type="checkbox"/> Kroesend	<input type="checkbox"/> Sluik	<input type="checkbox"/> Krullend	
Lengte (cm)	<input type="checkbox"/> 160-169	<input type="checkbox"/> 170-179	<input type="checkbox"/> 180-189	<input type="checkbox"/> ≥ 190

Naam partner: _____

Voornaam partner: _____

Geboortedatum partner: _____

Ras	<input type="checkbox"/> Afrikaan	<input type="checkbox"/> Aziaat	<input type="checkbox"/> Blank	<input type="checkbox"/> Mediterraan
	<input type="checkbox"/> Andere:			
Bloedgroep	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> AB
Rhesusfactor	<input type="checkbox"/> Positief	<input type="checkbox"/> Negatief		
Oogkleur	<input type="checkbox"/> Blauw	<input type="checkbox"/> Bruin	<input type="checkbox"/> Grijs	<input type="checkbox"/> Groen
Haarkleur	<input type="checkbox"/> Blond	<input type="checkbox"/> Donker Blond	<input type="checkbox"/> Bruin	<input type="checkbox"/> Zwart
	<input type="checkbox"/> Andere:			
Haaraspect	<input type="checkbox"/> Kroesend	<input type="checkbox"/> Sluik	<input type="checkbox"/> Krullend	
Lengte (cm)	<input type="checkbox"/> 160-169	<input type="checkbox"/> 170-179	<input type="checkbox"/> 180-189	<input type="checkbox"/> ≥ 190

In eer en geweten,

Opgesteld te Gent op ____/____/____

De handtekening wordt voorafgegaan door een eigenhandig geschreven: **“gelezen en goedgekeurd”**

_____(1)

_____(1)

Naam: _____

Naam: _____

Handtekening: _____

Handtekening: _____