

Barnets navn (blokkbokstaver) : \_\_\_\_\_

Barnets personnummer: \_\_\_\_\_

## SAMTYKKE TIL GENETISK UNDERSØKELSE AV BARN

Jeg/vi har blitt informert om at tilstanden som er påvist i familien kan skyldes medfødt genetisk(e) forandring(er). Jeg/vi har mottatt tilpasset genetisk veiledning og gir mitt/vårt samtykke til

- Genetisk presymptomatisk undersøkelse
- Genetisk prediktiv undersøkelse
- Genetisk undersøkelse for bærertilstand

*(Kryss av for den type undersøkelse samtykket gjelder)*

av mitt/vårt barn som jeg/vi har foreldreansvar for.

Jeg/vi er informert om at opplysningene behandles i henhold til Personvernerklæring for Oslo Universitetssykehus. For nærmere informasjon: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/personvern>.

Sted/dato

-----  
Navn (blokkbokstaver)

-----  
Underskrift

-----  
Navn (blokkbokstaver)

-----  
Underskrift