

## Bestilling av farskapstest eller morskapstest

	Etternavn / Surname	Fornavn / First name	Fødselsdato / DOB	Foreldreansvar for barn under 15 år
<b>Barn 1</b>				Mor Far
<b>Barn 2</b>				
<b>Barn 3</b>				
<b>Barn 4</b>				
<b>Mann</b> (mulig far)				
<b>Mor</b>				
<b>Kommentar</b>				
<b>Kontaktperson</b> (må oppgis / mandatory)			<b>Bestilling sendes pr. post til:</b>	
Navn			Oslo universitetssykehus Avdeling for rettsmedisinske fag Seksjon for rettsgenetikk - slektskap og identitet Pb 4950 Nydalen 0424 OSLO	
Adresse				
Postnr./sted		Tlf. dagtid		
<b>Kopi</b> (hvis andre enn kontaktpersonen skal motta kopi av besvarelse)			Ved bestilling av DNA-test legges det til grunn at alle som skal delta har samtykket i utredningen.  Foreldre med foreldreansvar samtykker på vegne av barn under 15 år.	
Navn				
Adresse				
Postnr./sted				