

Bestilling av farskapstest/paternity test

	Etternavn / Surname	Fornavn / First name	Fødselsdato/DOB	Foreldreansvar for barn under 15 år
Barn 1				Mor Far
Barn 2				
Barn 3				
Barn 4				
Mann (mulig far)				
Ev. mor				Dersom mor skal delta i testen angis dette i kommentarfeltet*.
Kommentar				
Kontaktperson (må oppgis / mandatory)			Bestilling sendes pr. post til:	
Navn			Oslo universitetssykehus Avdeling for rettsmedisinske fag Seksjon for rettsgenetikk - slektskap og identitet Pb 4950 Nydalen 0424 OSLO	
Adresse				
Postnr./sted		Tlf. dagtid		
Kopi (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				