

Ordre farskapstest/morskapstest

	Etternavn	Fornavn	Fødselsnummer <i>(kun fødselsdato er påkrevet)</i>	Foreldreansvar for barn under 15 år
Barn 1				mor <input type="checkbox"/> far <input type="checkbox"/>
Barn 2				
Barn 3				
Barn 4				
Mann				
Mor				
Merknad				
Kontaktperson (må oppgis)			Bestilling sendes pr. post til:	
Navn			Oslo universitetssykehus, Avdeling for rettsmedisinske fag, Seksjon for rettsgenetisk 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				