

Bestilling av farskapstest /paternity test

	Etternavn / Surname	Fornavn / First name	Fødselsdato/DOB	Foreldreansvar <i>for barn under 15 år</i>
Barn 1				Mor ☐ Far ☐
Barn 2				
Barn 3				
Barn 4				Skal mor delta?
Mann (mulig far)				Ja ☐ Nei ☐
Mor				
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:		Telefon:		
Postnummer:	Poststed:	E-post:		
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:		Telefon:		
Postnummer:	Poststed:	E-post:		

Kontaktpersonen vil motta en avtalebekreftelse med kostnadspesifikasjon, blanketter og utstyr for bruk ved prøvetaking.

Rutinemetoder som benyttes er akkreditert etter NS-EN ISO/IEC 17025, se [Akkrediteringsomfang](#).

Det faktureres per deltaker, se priser på www.farskap.no.