

Dette formular skal udfyldes af lægen som udtager blodprøven

## ANALYSE I FADERSKABSSAG

**1. Mor**

Fulde navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Fødselsdag: \_\_\_\_\_

**2. Barn:**

Fulde navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Fødselsdag/CPR-nr.: \_\_\_\_\_

-----

**3. Den opgivne far**

Fulde navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Fødselsdag: \_\_\_\_\_

Erklæring: Jeg er indforstået med at der udtages en blodprøve med henblik på retsgenetisk undersøgelse og analyse for at få fastslået eventuelt faderskab. Jeg har hverken fået blodtransfusion eller er blevet indgivet blodceller eller plasma indenfor de sidste tre måneder, og jeg har heller ikke fået doneret knoglemarv.

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Prøver: (ca. 4 ml EDTA anticoagulated blod)

Læge: underskrift som bekræfter identiteten: \_\_\_\_\_

Blodprøven og dette formular skal lægen sende pr. post til følgende adresse:

**Rannsóknarstofa Háskóla Íslands í réttarlæknisfræðum**  
**Íslands Universitets Retsmedicinske Institut**  
**c/o Ágústa Arnold**  
**Hús 8, LSH við Barónsstíg**  
**101 Reykjavík**