

Familienummer:

Veileder/Lege:

SELVHENVISNING* TIL GENETISK VEILEDNING

***Selvhenvising er forbehold familier som allerede er i kontakt med Medisinsk genetisk poliklinikk. Familienummer og/eller navn på slektning er obligatorisk ved utfylling av skjema.**

(Skriv tydelig/bruk blokkbokstaver)

Navn:

Fødselsnummer:

Adresse:

Telefonnummer:

Sted og dato:

Underskrift:

Jeg er:

Mor Far Søster Bror Datter Sønn Annet:

til, født som har vært i kontakt med Medisinsk genetisk poliklinikk.

Jeg foretrekker at veiledningen helst skal skje ved (Kryss av)

Oppmøte Video (alternativt telefon)

Jeg ønsker å komme til genetisk veiledning sammen med:

Navn og fødselsdato:

.....

.....

Det er viktig at alle fyller ut og sender inn hvert sitt selvhenvisningskjema.

Returneres til:

**Medisinsk genetisk poliklinikk
St. Olavs Hospital
Postboks 3250 Torgarden
7006 Trondheim**

TLF: 72 89 69 70