

Familienummer:

Veileder/Lege:

## SELVHENVISNING\* TIL GENETISK VEILEDNING

**\*Selvhenvisning er forbeholdt familier som allerede er i kontakt med Medisinsk genetisk poliklinikk. Familienummer fra Medisinsk genetisk poliklinikk v/St. Olavs hospital 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 dere.

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 selvhenvisningsskjema.

**Returneres til:**  
**Medisinsk genetisk poliklinikk**  
**St. Olavs Hospital**  
**Postboks 3250 Torgarden**  
**7006 Trondheim**  
**TLF: 72896970**