

Genetisk vägledare
Tel nr 031-343 48 00

MEDGIVANDE

Undertecknad lämnar härmed sitt medgivande att **Klinisk genetik** Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg får inhämta de journalkopior, inklusive röntgenbilder och provsvar som behövs för en **genetisk** familjeutredning.

Medgivandet gäller:

Namn

Personnummer

Beskriv släktskap med sökande:

Jag ger mitt godkännande:

Namn

Personnummer

Namnteckning

Telefonnummer jag nås på

Information om var och när er genetiska utredning är gjord:

Person som söker på Klinisk genetik:

Namn:

Personnummer:

ID: KGAP0208, Version; 1.2, Publiceringsdatum: 2024-10-07, Sida 1 (1)