

**RÄTTSMEDICINALVERKET**

Telefonnummer: 010-483 43 00 - Fax: 010-483 41 99
E-Mail: faderskap@rmv.se

EINWILLIGUNG

Datum

**Antrag auf eine
rechtsgenetische
Untersuchung**

★ = Pflichtfeld

Die Untersuchung wird eingeleitet, wenn alle von dieser Angelegenheit betroffenen volljährigen Personen ihre Einwilligung dazu gegeben haben. Bei Minderjährigen ist die Zustimmung durch den gesetzlichen Vertreter erforderlich.

Empfänger:

Rättsmedicinalverket
Abteilung für Rechtsgenetik und Rechtsmedizin,
Postfach 1383
581 13 LINKÖPING

Einwilligung zur Mitwirkung an der Untersuchung beantragt von

(Gemäß Antragsformular, Rechtsgenetische Untersuchung für Privatpersonen)

Vorname ★	Familienname ★	
Zustellungsadresse (Straße, Postfach etc.) ★	Postleitzahl ★	Ort ★

Mitwirkung**An rechtsgenetischer
Untersuchung**

Datum

Hiermit gebe ich meine Einwilligung zur Mitwirkung an der rechtsgenetischen Untersuchung, beantragt vom oben genannten Antragsteller.

Vorname	Familienname	Personennummer
Zustellungsadresse (Straße, Postfach etc.)	Telefonnummer tagsüber (inklusive Vorwahl)	Mobilfunknummer
Postleitzahl	Ort	E-Mail-Adresse

Unterschrift

Unterschrift	Ort und Datum
	Name in Druckbuchstaben