



| |
|---|
| Kommun |
| Ansvarig nämnd |
| Utredarens förnamn och efternamn |
| Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort) |
| |
| Telefon (inkl. riktnr) |

MEDDELANDE
till ansvarig nämnd om utförd provtagning
i faderskapsärende

Detta formulär kan även användas vid utredning av föräldraskap, ensamstående eller faderskap/moderskap om någon eller båda föräldrarna ändrat könsidentitet

Returneras till den ansvariga nämnden

Fylls i av ansvarig nämnd

| | |
|---|--------------|
| Förnamn och efternamn på person som prov ska tas på | Personnummer |
|---|--------------|

Fylls i av hälso- och sjukvårdspersonal

| | |
|---|------------------------|
| Personens identitet styrkt genom (legitimationshandlingens typ och nummer) | |
| Plats för provtagningen | Provtagningsdatum |
| Jag har tagit ett rättsgenetiskt prov på ovanstående person (datum och provtagarens namnteckning) | |
| Namnförtydligande | Telefon (inkl. riktnr) |