

Søknad om preimplantasjonsdiagnostikk (PGD)

Søkernes personalia:	
Navn	Navn
Fødselsnummer (11 siffer)	Fødselsnummer (11 siffer)
Kontaktinformasjon (postadresse, telefonnummer):	
Vedlegg til søknad (kryss av):	
Informasjon fra genetisk veiledning	<input type="checkbox"/>
Beslutning fra virksomhet godkjent for assistert befruktning	<input type="checkbox"/>
Øvrige merknader:	
Eventuelt lege som skal ha kopi av vedtaket (navn og adresse):	
Dato:	Søkernes underskrift:

Send søknad med vedlegg til:
PGD-nemnda
Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten
Postboks 230 Skøyen
0213 Oslo



Helseklage
Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

Søknad på vegne av paret om preimplantasjonsdiagnostikk (PGD)

Parets personalia:	
Navn	Navn
Fødselsnummer (11 siffer)	Fødselsnummer (11 siffer)
Kontaktinformasjon (postadresse, telefonnummer):	
Vedlegg til søknad (kryss av):	
Informasjon fra genetisk veiledning	<input type="checkbox"/>
Beslutning fra virksomhet godkjent for assistert befruktning	<input type="checkbox"/>
Parets samtykke til at undertegnede kan søke på deres vegne	<input type="checkbox"/>
Øvrige merknader:	
Søknaden er sendt av:	Kontaktinformasjon:
Navn/stilling	Postadresse/telefonnummer
Nemndas vedtak skal sendes til:	
Dato og underskrift/stempel:	

Send søknad med vedlegg til:
PGD-nemnda
Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten
Postboks 230 Skøyen
0213 Oslo



Helseklage

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten