

# Søknad om preimplantasjonsdiagnostikk (PGD)

Søkjarane sine personalia:	
Namn	Namn
Fødselsnummer (11 siffer)	Fødselsnummer (11 siffer)
Kontaktinformasjon (postadresse, telefonnummer):	
Vedlegg til søknad (kryss av):	
Informasjon frå genetisk rettleiing	<input type="checkbox"/>
Avgjerd frå verksemd godkjend for assistert befrukting	<input type="checkbox"/>
Andre merknader:	
Eventuelt lege som skal ha kopi av vedtaket (namn og adresse):	
Dato:	Underskrifta til søkjarane:

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



**Helseklage**  
Nasjonalt klageorgan for helsetenesta

# Søknad på vegner av paret om preimplantasjonsdiagnostikk (PGD)

Paret sine personalia:	
Namn	Namn
Fødselsnummer (11 siffer)	Fødselsnummer (11 siffer)
Kontaktinformasjon (postadresse, telefonnummer):	
Vedlegg til søknad (kryss av):	
Informasjon frå genetisk rettleiing	<input type="checkbox"/>
Avgjerd frå verksemd godkjend for assistert befrukting	<input type="checkbox"/>
Samtykke frå paret til at underskrivne kan søkje på deira vegner	<input type="checkbox"/>
Andre merknader:	
Søknaden er send av:	Kontaktinformasjon:
Namn/stilling	Postadresse/telefonnummer
Vedtaket frå nemnda skal sendast til:	
Dato og underskrift/stempel:	

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



**Helseklage**  
Nasjonalt klageorgan for helsetenesta