

**Staður:** \_\_\_\_\_

**Dags:** \_\_\_\_\_

Ég undirrituð/aður leyfi að erfðaráðgjafaeyning Erfða- og sameindalæknisfræðideildar fái aðgang að lífsýnum frá látnum ættingja mínum.

Nafn hins látna \_\_\_\_\_

Skyldleiki við leyfisgjafa \_\_\_\_\_

Kennitala eða fæðingardagur og ár \_\_\_\_\_

til að kanna hvort hann/hún hefur verið beri fyrir sjúkdómsvaldandi stökkbreytingu í geni vegna:

\_\_\_ Krabbameins

\_\_\_ Annarra sjúkdóma

Heiti sjúkdóms(a) \_\_\_\_\_

Undirskrift \_\_\_\_\_

Kennitala \_\_\_\_\_