

## Begleitformular und Identitätsnachweis zur Probenentnahme bei Vaterschaftsuntersuchung

Bei Fragen stehen wir Ihnen telefonisch zur Verfügung: 0731 98 49 00

Personalien der zu untersuchenden Person:  Mutter  Vater  Kind

Familienname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Nationalität	
PLZ, Ort	
Straße, Nr.	
Telefon	

### Auftraggeber der Untersuchung:

Privat \_\_\_\_\_ Name  
 Amtsgericht \_\_\_\_\_

### Art der Untersuchung:

Venenblut (5 ml EDTA)  Sonstiges  
 Mundschleimhautabstrich

### Datum der Probenentnahme:

Tag	Monat	Jahr

**WICHTIG:** Die Probe muss ordnungsgemäß und eindeutig beschriftet sein!

Hat die o. g. Person in den letzten zwei Monaten eine Bluttransfusion erhalten?  
Hat die o. g. Person einen Zwilling Bruder?  
Sind die möglichen Väter miteinander verwandt?

ja  nein  
 ja  nein  
 ja  nein

### Identitätsnachweis: (bitte relevante Seite als Kopie beilegen)

Pass Nr. \_\_\_\_\_  
oder  
 Personalausweis Nr. \_\_\_\_\_  
oder bei Kindern  
 Geburtsurkunde / ausstell. Standesamt Nr. \_\_\_\_\_

### gültig bis:

Tag	Monat	Jahr

### Daumenabdruck links:

(bei Säuglingen Fußabdruck)

### Foto:

(nur bei gerichtlichen Gutachten)

**Einverständniserklärung:** Ich erkläre mich einverstanden, dass mit dem von mir bzw. meinem Kind entnommenen Blut/Mundschleimhautabstrich eine Abstammungsanalyse durchgeführt wird. Ich wurde über Art, Umfang und Aussagekraft der Abstammungsuntersuchung aufgeklärt. Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ohne meine ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben.

Die Ergebnismitteilung erfolgt, wenn nicht anders in der Auftragserteilung angegeben, ausschließlich an den Auftraggeber.

Mit der Aufbewahrung von überschüssigem Untersuchungsmaterial für ggf. nachbestimmende Abstammungsuntersuchungen bin ich einverstanden:

ja  nein

Mit der Aufbewahrung und Verwendung von überschüssigem Untersuchungsmaterial für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen (in anonymisierter Form) bin ich einverstanden:

ja  nein

--

Datum und Unterschrift der zu untersuchenden Person (bei minderjährigen Kindern Unterschrift aller Sorgeberechtigten)

Hiermit wird bestätigt, dass die Probe von der o. g. Person stammt und die Angaben zur Person richtig sind.

--

Datum und Unterschrift des die Probe entnehmenden Arztes

Praxisstempel 

--

**genetikum®** Stuttgart  
Büchsenstraße 20  
70174 Stuttgart  
Tel. 0711/22009230  
Fax 0711/220092320

**genetikum®** Böblingen  
Elsa-Brandström-Straße 10  
71032 Böblingen  
Tel. 07031/721818  
Fax 07031/721815

**genetikum®** Neu-Ulm  
Wegenerstraße 15  
89231 Neu-Ulm  
Tel. 0731/98490-0  
Fax 0731/98490-20

**genetikum®** München  
Weinstraße 11  
80333 München  
Tel. 089/21023590

**genetikum®** Prien  
Hochriesstraße 21  
83209 Prien  
Tel. 08051/9632767

[www.genetikum.de](http://www.genetikum.de)  
[info@genetikum.de](mailto:info@genetikum.de)