

## ANTWORT

synlab MVZ Humane Genetik München GmbH  
Dr. med. Dr. rer. nat. Claudia Nevinny-Stickel-Hinzpeter  
Lindwurmstr. 23

80337 München

### Anforderung einer DNA-Analyse

Bitte ankreuzen:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Privatgutachten              | <input type="checkbox"/> Vaterschaftstest         |
| <input type="checkbox"/> Gerichtstaugliches Gutachten | <input type="checkbox"/> Mutterschaftstest        |
|   | <input type="checkbox"/> Eineiigkeit/Zweieiigkeit |

**Von folgenden Personen soll eine DNA-Analyse zur Abstammungsbeurteilung durchgeführt werden:**

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Material	abgenommen			Wird in die DNA-Analyse einbezogen
				am	durch	Name und Unterschrift	
<b>Kind</b>			<input type="radio"/> Blut <input type="radio"/> Abstrich				
<b>Kind</b>			<input type="radio"/> Blut <input type="radio"/> Abstrich				
<b>Kind</b>			<input type="radio"/> Blut <input type="radio"/> Abstrich				
<b>Mutter</b>			<input type="radio"/> Blut <input type="radio"/> Abstrich				
<b>Putativ-Vater</b>			<input type="radio"/> Blut <input type="radio"/> Abstrich				

Das Gutachten soll an die folgende(n) Adresse(n) gesendet werden:

Die Rechnung soll an die folgende Adresse gesendet werden:

## Sorgerechtserklärung

Hiermit erkläre ich als Sorgeberechtigte(r) / Vormund von

---

Name des Kindes

---

Name des Kindes

---

Name des Kindes

dass ich mit der genetischen Untersuchung zur Feststellung der Abstammung einverstanden bin.

---

Name, Vorname (in Blockschrift)

Datum, eigenhändige Unterschrift

**Bitte Kopie eines Identitätsnachweises (z.B. Personalausweis, Reisepass, Duldung/Aufenthaltserlaubnis) beifügen!**

**Elternteil** \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
amtlicher Ausweis mit Lichtbild, Nr. \_\_\_\_\_ gültig bis \_\_\_\_\_  
ethnische Herkunft \_\_\_\_\_

**Elternteil** \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
amtlicher Ausweis mit Lichtbild, Nr. \_\_\_\_\_ gültig bis \_\_\_\_\_  
ethnische Herkunft \_\_\_\_\_

**Kind** \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
Geburtsurkunde oder amtlicher Ausweis mit Lichtbild, Nr. \_\_\_\_\_  
gültig bis \_\_\_\_\_, ethnische Herkunft \_\_\_\_\_

**Kind** \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
Geburtsurkunde oder amtlicher Ausweis mit Lichtbild, Nr. \_\_\_\_\_  
gültig bis \_\_\_\_\_, ethnische Herkunft \_\_\_\_\_

**Kind** \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
Geburtsurkunde oder amtlicher Ausweis mit Lichtbild, Nr. \_\_\_\_\_  
gültig bis \_\_\_\_\_, ethnische Herkunft \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich durch meine Unterschrift:

Vom Elternteil auszufüllen:

1. Dass ich die oben genannte Person bin.
2. Dass die mitgebrachten Kinder identisch sind mit denen, die oben genannt sind.
3. Dass in meiner Gegenwart die mit meinem Probenmaterial bzw. mit dem Probenmaterial meiner Kinder gefüllten Probengefäße mit dem richtigen Namen beschriftet wurden.
4. Dass ich – und die Kinder – in den letzten 3 Monaten keine Übertragung von Blut bzw. Blutbestandteilen erhalten haben.
5. Dass ich – und die Kinder – nicht an einer Erkrankung des Blutes oder der blutbildenden Organe leiden, soweit mir bekannt ist.

Vom Probenentnehmer (Arzt) auszufüllen:

1. Die amtlichen Lichtbildausweise (bzw. Geburtsurkunden) eingesehen und die daraus entnommenen Daten in dieses Formular eingetragen/einragen lassen habe.
2. Dieses Formular in meiner Gegenwart unterschreiben lassen habe.

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes)

**Bitte Kopien der Identitätsnachweise (z.B. Personalausweis, Reisepass, Geburtsurkunde, Kinderausweis, Duldung/Aufenthaltserlaubnis) aller in die Analyse einbezogenen Personen beifügen!**