



Ärztliche Leitung

Dr. med. Imma Rost
Dr. med. Hanns-Georg Klein

Zentrale:

Tel. +49.89.895578-0
Fax +49.89.895578-780

Sachverständige:

Dr. rer. nat. Christoph Marschall

A

Dieses Formular ist von den zu untersuchenden Personen auszufüllen!

Untersuchungsauftrag Abstammungsanalyse

Auftraggeber (Rechnungsempfänger)

Name, Vorname(n) _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon: _____

Auftrag

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Triofall | 460,00 € |
| <input type="checkbox"/> Defizienzfall * | 560,00 € |
| <input type="checkbox"/> weitere Personen, je | 190,00 € |
| <input type="checkbox"/> Zwillingsanalyse | 250,00 € |
| <input type="checkbox"/> Geschwisteranalyse, je Person F | 250,00 € |
| <input type="checkbox"/> STR-Profil | 190,00 € |

* Gemäß den Richtlinien der Gendiagnostikkommission (GEKO) der Bundesregierung soll auf die Einbeziehung der Kindesmutter nur dann verzichtet werden, wenn diese für die Untersuchung nicht zur Verfügung steht.

Fallfrage

Bitte tragen Sie hier ein, welche Verwandtschaftsbeziehung geklärt werden soll (z.B.: Ist Person 1 der Vater von Person 2?)

Erläuterung zu den verschiedenen Formen der Abstammungsgutachten

Triofall: Untersuchung von 3 Personen (Vater, Mutter, Kind)
Defizienzfall: Untersuchung von 2 Personen (ohne Mutter z.B. Vater, Kind)
Zwillingsanalyse: Klärung der Eiigkeit von Zwillingen
Geschwisteranalyse: Klärung, ob Halb- oder Vollgeschwister
STR-Profil: Erstellung eines DNA-Profiles

Zu untersuchende bzw. beteiligte Personen

Person 1 Vater Mutter Kind _____
Name, Vorname(n) _____ Ich möchte ein Gutachten erhalten ja nein
Geburtsdatum _____
Ethnische Herkunft kaukasisch afrikanisch orientalisch
Anschrift _____ Tel. oder E-Mail: _____

Person 2 Vater Mutter Kind _____
Name, Vorname(n) _____ Ich möchte ein Gutachten erhalten ja nein
Geburtsdatum _____
Ethnische Herkunft kaukasisch afrikanisch orientalisch
Anschrift _____ Tel. oder E-Mail: _____

Person 3 Vater Mutter Kind _____
Name, Vorname(n) _____ Ich möchte ein Gutachten erhalten ja nein
Geburtsdatum _____
Ethnische Herkunft kaukasisch afrikanisch orientalisch
Anschrift _____ Tel. oder E-Mail: _____

Auftragsinformation und Auftragsbestätigung

Bitte beachten Sie, dass nur ein vollständig ausgefüllter und unterschriebener Untersuchungsauftrag (**Formular A**) bearbeitet werden kann, dem ein ebenfalls vollständig ausgefüllter und unterschriebener Aufklärungs- und Einwilligungsbogen (**Formular B**) sowie eine vollständige Niederschrift über Probenentnahme und Identitätsnachweis (**Formular C**) beiliegt. Wird die Einwilligung einer beteiligten Person widerrufen oder die Untersuchung aus anderen Gründen storniert, wird eine Bearbeitungsgebühr von **150,00 €** erhoben.

Die Abstammungsgutachten erfolgen zur besseren Übersichtlichkeit in vereinfachter Darstellung gemäß DIN EN ISO/IEC 17025:2018. Zusätzliche Angaben wie bspw. verwendete interne Prüfanweisungen, Bearbeitungszeitraum und angewandtes Verfahren werden auf Nachfrage gerne zur Verfügung gestellt.

Der Versand des Gutachtens erfolgt erst **nach Zahlungseingang** und aus Datenschutzgründen ausschließlich **auf dem Postweg**.

Ich erteile den Auftrag zur Durchführung einer Abstammungsanalyse:

Ort / Datum X Unterschrift

Zeichenerklärung: F Fremduntersuchung



Ärztliche Leitung

Dr. med. Imma Rost
Dr. med. Hanns-Georg Klein

Zentrale:

Tel. +49.89.895578-0
Fax +49.89.895578-780

Sachverständige:

Dr. rer. nat. Christoph Marschall

A

Dieses Formular ist von den zu untersuchenden Personen auszufüllen !

Untersuchung der Kindsmutter

Eine Abstammungsanalyse zur Klärung der Vaterschaft soll gemäß der Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) vom 26.07.2012 nur im Ausnahmefall ohne eine Untersuchung der Kindsmutter vorgenommen werden. Die Einbeziehung der Kindsmutter dient zum einen dem Ziel einer verbesserten Identitätssicherung der kindlichen Probe und zum anderen einer deutlich höheren Ergebnissicherheit. Wird auf die Einbeziehung der Kindsmutter verzichtet, muss die Grundlage des Verzichts dokumentiert werden.

Grundlagen für einen Verzicht auf die Einbeziehung der Kindsmutter im Ausnahmefall (bitte ankreuzen):

- Mutter ist verstorben
- Mutter besitzt kein Sorgerecht und lebt nicht mit dem Kind zusammen
- Mutter ist nicht einwilligungsfähig (i.S. §14 GenDG)
- Kind ist volljährig
- Mutter ist nicht die biologische Mutter des Kindes
- Mutter gibt nach Aufklärung keine eigene Probe ab, Begründung:

Wird auf die Einbeziehung der Mutter verzichtet, wird in das Gutachten der Hinweis aufgenommen, dass die Identität des untersuchten Kindes nicht durch einen Abgleich mit der Kindsmutter gesichert werden konnte.

Sorgeberechtigte Person(en) bei Untersuchung von Minderjährigen (bitte ausfüllen):

Hiermit bestätige ich, Herr/Frau _____, dass ich

- allein sorgeberechtigt bin (wenn möglich, Belegung durch Negativbescheinigung vom Jugendamt).
- ein gemeinsames Sorgerecht mit Herrn/Frau _____ habe.
- gesetzlicher Vormund bin (Bescheinigung erforderlich).

Ort / Datum

X

Unterschrift

Molekular-, Neuro-, Stoffwechselfolgenetik

Pharmakogenetik
Nutrigenetik

Abstammungsanalyse

Zytogenetik
Pränatal/postnatal

Reproduktionsgenetik
PKD/PID

Molekulare Onkologie
Pathologie

Immunogenetik
Immundefekte

Immunbiologie
Klinische Chemie

Molekulare Mikrobiologie
Virologie

