



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

**C** Diese Seite ist vom Probenentnehmer **und** den zu untersuchenden Personen auszufüllen !

Niederschrift über Probenentnahme und Identitätsnachweis

**Bestätigung der Probenidentität und Einwilligungserklärung**

**Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass**

- die Probe von mir stammt,
- in meiner Gegenwart ordnungsgemäß verschlossen und beschriftet wurde,
- ich in den vergangenen drei Monaten keine Übertragung von Blut/Blutbestandteilen erhalten habe,
- ich an keiner Erkrankung des Blutes/der blutbildenden Organe leide,
- ich keine Knochenmarktransplantation erhalten habe.

**Mit der Probenentnahme und der Durchführung der Abstammungsanalyse bin ich einverstanden.** Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen kann. Bei nicht voll geschäftsfähigen Personen muss die Einwilligung von dem/den gesetzlichen Vertreter(n) unter Angabe des vollen Namens erteilt werden.

**Bitte ankreuzen**

**Person 1**     Vater     Mutter     Kind     \_\_\_\_\_

Name, Vorname(n) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

X

**Ort, Datum, Unterschrift**  
für mich und ggf. mein minderjähriges Kind

- 2x Schleimhauttupfer **oder**
- 2x 1 ml EDTA-Blut
- lesbare Kopie Lichtbildausweis
- ggf. Kopie Geburtsurkunde
- tagesaktuelles, deutliches Foto

Fingerabdruck linker Daumen  
(bei Säuglingen Fußabdruck auf Beiblatt)

**Person 2**     Vater     Mutter     Kind     \_\_\_\_\_

Name, Vorname(n) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

X

**Ort, Datum, Unterschrift**  
für mich und ggf. mein minderjähriges Kind

- 2x Schleimhauttupfer **oder**
- 2x 1 ml EDTA-Blut
- lesbare Kopie Lichtbildausweis
- ggf. Kopie Geburtsurkunde
- tagesaktuelles, deutliches Foto

Fingerabdruck linker Daumen  
(bei Säuglingen Fußabdruck auf Beiblatt)

**Person 3**     Vater     Mutter     Kind     \_\_\_\_\_

Name, Vorname(n) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

X

**Ort, Datum, Unterschrift**  
für mich und ggf. mein minderjähriges Kind

- 2x Schleimhauttupfer **oder**
- 2x 1 ml EDTA-Blut
- lesbare Kopie Lichtbildausweis
- ggf. Kopie Geburtsurkunde
- tagesaktuelles, deutliches Foto

Fingerabdruck linker Daumen  
(bei Säuglingen Fußabdruck auf Beiblatt)



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

**C** Diese Seite ist vom Probenentnehmer **und** den zu untersuchenden Personen auszufüllen !

Auf Grundlage des **Gendiagnostikgesetzes** (bes. § 17 GenDG) sowie der **Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission** (GEKO) vom 26.07.2012 muss die Probenentnahme und Aufklärung über die Analyse entweder durch Mitarbeiter des Labors geschehen, welches die Untersuchung vornimmt, oder aber durch eine "geeignete sachkundige und im Verfahren neutrale Person". Dies können Ärzte, aber auch Mitarbeiter eines Jugendamtes oder Gesundheitsamtes sein, wenn sie die Technik der Probenentnahme beherrschen. Es ist nicht zulässig, dass die Probenentnahme und Identitätsfeststellung durch die zu untersuchende Person selbst oder eine ihr nahestehende oder nicht sachkundige Person durchgeführt wird.

Hiermit beauftragt das Zentrum für Humangenetik und Laboratoriumsdiagnostik (MVZ) Dr. Klein, Dr. Rost und Kollegen

Frau/Herrn \_\_\_\_\_ mit der Probenentnahme im Abstammungsfall \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie die im Folgenden genannten Hinweise!

Bei der Durchführung einer Abstammungsanalyse muss Folgendes beachtet werden:

- ! Die zu untersuchenden Personen dürfen in den vergangenen drei Monaten keine Übertragung von Blut/Blutbestandteilen erhalten haben, an keiner Erkrankung des Blutes/der blutbildenden Organe leiden und keine Knochenmarktransplantation erhalten haben.
- ! Zu untersuchende Personen müssen sich durch **amtliche Ausweise mit Lichtbild** (bei Kindern **aktuelle Geburtsurkunde**) legitimieren. Zum **Identitätsnachweis** müssen dem Untersuchungsauftrag **Kopien dieser Dokumente beigelegt werden**. Ausnahmen sind zu dokumentieren.
- ! Die Identitätssicherung sollte möglichst durch **Lichtbilder und Fingerabdrücke** ergänzt werden, die bei der Probenentnahme angefertigt wurden.
- ! Die Identitätsprüfung ist schriftlich zu dokumentieren und durch **Unterschriften** der zu untersuchenden Personen sowie durch **Stempel und Unterschrift** der für die Probenentnahme verantwortlichen Person zu bestätigen. **Zweifel an der Identität eines Beteiligten müssen dokumentiert werden!**
- ! Da bei Ausschluss einer Vaterschaft grundsätzlich eine zweite unabhängige Untersuchung zur Bestätigung des Ergebnisses durchgeführt wird, bitten wir Sie, bei Vaterschaftsanalysen für alle zu untersuchenden Personen **zwei Proben** einzusenden.

Kennzeichnung des Probenmaterials:

- Probenmaterial: **EDTA-Blut** oder **Wangenschleimhautabstrich**.
- EDTA-Blutröhrchen bzw. Stieltupfer in Gegenwart der zu untersuchenden Person eindeutig und **unverwechselbar beschriften**.
- Entnahmematerialien mit wasserfestem Filzstift mit **Namen, Vornamen, Geburtsdatum, Abnahmetag** und **-ort** beschriften.
- Bei Verwendung von Schleimhautabstrichtupfern Röhrchen **und** Griffstopfen mit einer Nummer von 1 bis 9 kennzeichnen.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise bei der Entnahme von Wangenschleimhautabstrichen:

- Ca. 30 Minuten vor der Probenentnahme von Schleimhautabstrichen sollte nicht mehr geraucht, gegessen oder getrunken werden.
- Vor der Probenentnahme sollte die Mundhöhle gründlich mit Wasser gespült werden.
- Erfolgt die Probenentnahme bei noch gestillten Säuglingen mittels Schleimhauttupferabstrich, ist darauf zu achten, dass der letzte Stillvorgang mindestens 60 Minuten zurück liegt. Bei größeren Kindern sollte - wenn möglich - die Mundhöhle gründlich mit Wasser gespült werden, um eine Kontamination der Probe mit mütterlichen Zellen zu vermeiden.

Probenstabilität:

Da DNA äußerst stabil ist, kann das Untersuchungsmaterial mehrere Tage bei Raumtemperatur gelagert und verschickt werden. Der Transport ist **nicht** zeitkritisch.

Identitätsprüfung Probenentnehmer

Name, Vorname(n) \_\_\_\_\_  
(des Probenentnehmers)

Stempel

Arzt

Sonstiger Probenentnehmer \_\_\_\_\_  
(z.B. medizinische(r) Fachangestellte(r))

Bestätigung der Identitätsprüfung: bitte abhaken und unterschreiben

- Das Formular wurde in meiner Gegenwart durch die Testpersonen bzw. deren gesetzliche Vertreter bei Minderjährigen unterschrieben.
- Die Angaben stimmen mit den Ausweisen überein.
- Die Proben wurden korrekt entnommen und beschriftet.
- Die Proben werden von mir und nicht vom Auftraggeber verschickt.
- Als Probenentnehmer bin ich in der vorliegenden Sache neutral und unparteiisch.
- Ich habe alle zusätzlich zu den Proben erforderlichen Unterlagen beigelegt.

X

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift