

Auftrag zur Erstattung eines DNA-Abstammungsgutachtens

Auftraggeber:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	Privat: _____ Mobil: _____
E-Mail:	
Nationalität/Herkunft:	

Hiermit beauftrage ich Sie, ein DNA-Abstammungsgutachten zu erstatten. Untersucht werden sollen:

- Kind, Kindesmutter und Eventualvater (189,-- € pro Person)
- Kind und Eventualvater (289,-- € pro Person)
- Geschwister (289,-- € pro Person)

Dabei sollen folgende Personen in dieses Gutachten einbezogen werden:

Personalien	Kind	Kindesmutter	Putativvater
Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Straße:			
PLZ/Ort:			

(bitte die Tabelle vollständig und deutlich ausgefüllt zurückschicken)

Ich werde die vorgenannten Kosten übernehmen und leiste bei Auftragserteilung die dem Gutachtenauftrag entsprechende Anzahlung auf die (auf Seite 2) aufgeführte Bankverbindung.

Alle gesetzlichen Vertreter des minderjährigen Kindes / der minderjährigen Kinder sind mit der Begutachtung bezüglich des Kindes / der Kinder einverstanden (entsprechende Einverständniserklärung(en) beiliegend). Die in das Gutachten einzubeziehenden Personen sind über den Sinn der Untersuchung unterrichtet.

- Das Gutachten wird abgeholt.
 soll zugeschickt werden.

Die Untersuchungsunterlagen bleiben Eigentum des Instituts; sie können hier eingesehen werden.
 Gerichtsstand Münster.

Datum: _____ Unterschrift Auftragber(in): _____

Ursache für den Verzicht auf die Einbeziehung der Kindesmutter:

--

- Ich/Wir komme/n zur Probenentnahme ins Institut. Bitte teilen Sie mir/uns einen Termin mit.
- Ich/wir möchte/n die Probenentnahme beim Haus- bzw. Kinderarzt durchführen lassen. Bitte übersenden Sie ihm das entsprechende Entnahme- und Versandmaterial.

Adresse des Arztes:

(bitte in Druckbuchstaben)

Name:	
Straße:	
PLZ/Ort:	

- Ich/wir möchte/n die Probenentnahme in dem für uns zuständigen Gesundheitsamt bzw. in der Kinderklinik durchführen lassen.
- Ich/wir wünsche/n folgende Verfahrensweise:

(bitte Gewünschtes ankreuzen und ebenfalls mit zurückschicken)

Einverständniserklärung aller gesetzlichen Vertreter des minderjährigen Kindes / der minderjährigen Kinder

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Ich erkläre mich mit der Untersuchung der Proben des Kindes / der Kinder

einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Ich erkläre mich mit der Untersuchung der Proben des Kindes / der Kinder

einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____