

Allgemeine Informationen zu DNA-Abstammungsgutachten

Sehr geehrter Interessent, sehr geehrte Interessentin,

außergerichtlich bin ich bereit, ein Gutachten zur Klärung der Abstammung zu erstatten.

1. Das DNA-Gutachten führt entweder zum Beweis eines bestimmten Abstammungsverhältnisses oder zu dessen Ausschluss. Ein Beweis liegt in der Regel dann vor, wenn in keinem der untersuchten DNA-Systeme ein Ausschluss vorliegt; in diesem Fall wird auch eine biostatistische Auswertung vorgenommen, welche im Regelfall zu einer Wahrscheinlichkeit von über 99,99% führt. Ein Ausschluss ist immer sicher und bedeutet im Einzelfall z.B. den sicheren Ausschluss der Vaterschaft. Der Ausschluss wird durch Doppeluntersuchung abgesichert und muss mindestens in drei Systemen vorhanden sein.
2. I.d.R. wird ein Mundschleimhautabrieb der beteiligten Personen benötigt. Diese Proben sollen von einem Arzt (niedergelassener Arzt, Arzt eines Instituts für Rechtsmedizin, Amtsarzt oder Vertrauensarzt einer Botschaft) entnommen werden. Bei der Entnahme füllt der Arzt eine Niederschrift aus, die er uns zusammen mit den Proben übersendet. Auf dem Vorwege übersenden wir dem jeweiligen Arzt die erforderlichen Gefäße und Formulare. Nach Erhalt aller Proben benötigen wir im Regelfall 20 Tage bis zur Fertigstellung des Gutachtens.
3. 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. Sollte bei einer Abstammungsbegutachtung kein Material der Kindesmutter verfügbar sein, ist trotzdem eine Aussage möglich. Allerdings ist hierfür i.d.R. ein größerer Untersuchungsaufwand notwendig. Daher kostet diese Untersuchung pauschaliert pro Person mehr als die Untersuchung unter Einbeziehung der Kindesmutter. Wird auf ihre Einbeziehung verzichtet, muss die Grundlage dokumentiert sein.
4. Bei einem minderjährigen Kind muss die schriftliche Einwilligung aller gesetzlichen Vertreter vorliegen (siehe Seite 5).
5. Zur Klärung der Abstammungsverhältnisse bei Defizienzfällen (Eventualvater verstorben) oder von anderen Verwandtschaftsverhältnissen (z. B. Geschwister, Großvater / Enkel, Cousin / Cousine o. ä) sind in der Regel umfangreichere Untersuchungen erforderlich (20 DNA-Systeme und mehr). Auch ist im Vorfeld solcher Untersuchungen ein Gespräch erforderlich, um abzuklären, wie viele und welche Personen in die Untersuchung einbezogen werden sollen. Ferner muss in solchen Fällen eine aufwändige biostatistische Auswertung erfolgen.

6. Die Gebühren sind bei Auftragserteilung auf das unten genannte Konto zu überweisen. Sie betragen (s. Tabelle):

Fallart	Bemerkung	Kosten pro Person in €
A) Normalfall	Mutter, Kind und Eventualvater	189,00
B) einfacher Defizienzfalle	Kind und nur ein Elternteil (bitte Seite 1, Punkt 3. beachten)	289,00
C) Defizienzfälle, Geschwisterfälle o. ä	je nach Umfang in der Regel	289,00
D) spezielle Fälle	- Untersuchung der mitochondrialen DNA (mtDNA) zur Klärung der Abstammungsverhältnisse in <u>mütterlicher Linie</u>	359,00
	- Untersuchung Y-chromosomaler Systeme zur Klärung der Abstammungsverhältnisse in <u>väterlicher Linie</u>	359,00

7. In ca. jedem 30. Fall entsteht eine Situation, in der eine sogenannte Mutation – „Nicht-übereinstimmung“ in nur einem System – beobachtet wird. Zur Klärung dieser Fälle sind spezielle Untersuchungen erforderlich, auch spezielle biostatistische Berechnungen sowie häufig eine Erweiterung des Gutachtens. Zusätzliche Gebühren fallen für diese Untersuchungen nicht an.
8. Die Kosten für die Probenentnahme beim Arzt (im IFMG 30,00 € pro Probe) sowie ggf. für den Versand der Proben trägt der Antragsteller.
9. Nach Fertigstellung des Gutachtens erfolgt abschließend die Rechnungsstellung und Verrechnung evtl. Restbeträge. Alle Preise verstehen sich incl. der gesetzl. MwSt. Überweisungen werden erbeten an:

Kontoinhaber: *IFMG - Privatinstitut für forensische Molekulargenetik GmbH*
 Bank: *Kreissparkasse Steinfurt*
 IBAN: *DE03 4035 1060 0075 0143 65*
 BIC (Swift Code): *WELADED1STF*

Mit freundlichem Gruß

Dr. rer. nat. C. Hohoff

Dieses Dokument wurde digital erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.

Anlagen:

- Auftrag zur Erstattung eines DNA-Abstammungsgutachtens
- Einverständniserklärung aller gesetzlichen Vertreter eines minderjährigen Kindes
- ➔ **Bitte unbedingt ausgefüllt mit zurücksenden!**

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 Steinfurt.

Datum: _____ Unterschrift Auftraggeber(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 in der Haus- bzw. Kinderarzt-Praxis durchführen lassen. Bitte übersenden Sie das entsprechende Entnahme- und Versandmaterial dorthin.

Adresse des Arztes/der Ärztin:

(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: _____