

# Auftrag für eine Abstammungsbegutachtung

## 1. Wichtige Hinweise

Bei der Durchführung von Abstammungsuntersuchungen hält COMLAMED GmbH die Richtlinien der Bundesärztekammer und die der Gendiagnostik-Kommission sowie die Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) und des Bürgerlichen Gesetzbuches ein. Die Erstellung des Gutachtens bedarf der freiwilligen Abgabe einer Untersuchungsprobe bei allen beteiligten Personen. Der Sachverständige und der entnehmende Arzt unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mitarbeiter beachten in gleicher Weise den Persönlichkeitsschutz aller beteiligten Personen.

## 2. Auftragsgegenstand

Der Auftraggeber ermächtigt die COMLAMED GmbH zur Probenentnahme bei den unten genannten Personen und zur Durchführung einer genetischen Analyse zur Klärung der Abstammung. Ziel ist die Feststellung bzw. der Ausschluss der fraglichen Abstammung mit Hilfe der DNA-STR-Analyse.

Abstammungsfrage:

Vaterschaft       andere: \_\_\_\_\_

## 3. Beauftragung der molekulargenetischen Untersuchung (bitte ankreuzen)

	Preis
<input type="radio"/> Standardtest (2 Personen, vermuteter Vater und Kind)	400,00 €
<input type="radio"/> Untersuchung von _____ weiteren Personen (z.B. Mutter, weiteres Kind)	je 140,00 €

Für ein gerichtlich verwertbares Gutachten ist die Einbeziehung der Kindsmutter erforderlich.

Alle Preise verstehen sich zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer von 19%. Sie beinhalten Versandkosten und das Probenentnahme-Set in unserem Labor. Die Kosten von externen Probenentnahmen werden gesondert mit Fertigstellung des Gutachtens in Rechnung gestellt.

## 4. Bezahlung-Vorkasse

Nach Rücksendung des vollständig ausgefüllten Formulars bitte ich um Überweisung von **476 € inkl. MwSt. (2 Personen)** bzw. **642,60 € inkl. MwSt. (3 Personen)** auf das Gutachterkonto der COMLAMED GmbH bei der Deutschen Ärzte- und Apothekerbank:

**IBAN: DE75 3006 0601 0025 6680 15**

**BIC: DAAEDEDXXX**

## 5. Angaben des Auftraggebers und beteiligter Personen

Der Auftraggeber bestätigt mit seiner Unterschrift die Kostenübernahme der Untersuchung. Er ist damit einverstanden, dass im Bedarfsfall jedem Beteiligten der Begutachtung bzw. seinem gesetzlichen Vertreter ein Exemplar des Gutachtens ausgehändigt wird.

Auftraggeber: <input type="checkbox"/> Putativvater <input type="checkbox"/> Sonstige _____	Beteiligt: <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstige _____	Beteiligt: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Name, Vorname:	Name, Vorname:	Name, Vorname:
Straße, PLZ, Ort	Straße, PLZ, Ort	Straße, PLZ, Ort
Telefon / E-Mail:	Telefon / E-Mail:	Telefon / E-Mail:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auftraggeber