

Institut für Rechtsmedizin
DNA-Labor M23 Niveau 5
Albert-Einstein-Allee 23
89081 Ulm

Hiermit beauftrage/n ich/wir

Vor,- und Zuname:

Straße:

PLZ/Ort:

**das Institut für Rechtsmedizin Ulm mit der Erstattung eines DNA-
Abstammungsgutachtens:**

Zu untersuchende Personen:

Personen	Kind	Mutter	Putativvater	Weitere Person ()
Name:				
Vorname:				
Geburtsdatum:				
Straße:				
PLZ/Ort:				
Telefon:				
E-Mail:				

- Zu untersuchender Putativvater ist auch Sorgeberechtigter ☐
- Zu untersuchender Putativvater ist **nicht** Sorgeberechtigter ☐

Vor,- und Zuname des **nicht** zu testenden Sorgeberechtigten:

Straße:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Alle Beteiligten sind über diese Probenentnahme informiert und damit einverstanden.
Über die Kosten der Abstammungsuntersuchung habe ich mich informiert. Die Untersuchung beginnt nach Zahlungseingang.
Dieser Auftrag ist verbindlich. Sollte der Auftrag widerrufen werden, wird eine Stornierungsgebühr von 59,50 € inkl. MwSt. fällig.

Ich stimme der Untersuchung der Abstammung zu (bei minderjährigen Kindern müssen **alle** Sorgeberechtigten unterschreiben).

Datum_____ Unterschrift Auftraggeber*in_____

Datum_____ Unterschrift weitere Sorgeberechtigte*r_____

Datum_____ Unterschrift weitere Sorgeberechtigte*r_____