Institut für Rechtsmedizin

Vertrauliches Dokument

Formblatt FD_FB_021 Antrag zu außergerichtlichem Abstammungsgutachten

Universitätsmedizin GREIFSWALD

ANTRAG

auf Erstellung eines außergerichtlichen Abstammungsgutachtens.
Hiermit beantrage ich ein Abstammungsgutachten unter Einbeziehung folgender Personen:

1. Personenangaben des/r Auftraggeber*in und der weiteren zu testenden Person(-en)

1. Person (Auftraggeber*in), die getestet werden soll: ☐ **Mutter** ☐ **Kind** ☐ **vermuteter Vater** ☐ **Andere**	**2. Person, die getestet werden soll:** ☐ **Mutter** ☐ **Kind** ☐ **vermuteter Vater** ☐ **Andere**
Vorname	Vorname
Nachname	Nachname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Straße, Hausnr.	Straße, Hausnr.
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Telefon	Telefon
3. Person, die getestet werden soll: ☐ **Mutter** ☐ **Kind** ☐ **vermuteter Vater** ☐ **Andere**	**4. Person, die getestet werden soll:** ☐ **Mutter** ☐ **Kind** ☐ **vermuteter Vater** ☐ **Andere**
Vorname	Vorname
Nachname	Nachname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Straße, Hausnr.	Straße, Hausnr.
PLZ, Ort	PLZ, Ort

2. Ich möchte folgende Abstammungsbegutachtung durchführen lassen (bitte ankreuzen)

☐ **Vaterschaftstest 3 Personen (Vater-Mutter-Kind) für 349,- €**
- ☐ **jede weitere zu testende Person (Kind oder Alternativvater) 119,- €**
- ☐ **Gutachtenneuerstellung 50,- €**

☐ **Familiennachzug 3 Personen (Vater-Mutter-Kind) für 449,- €**
- ☐ **jedes weitere zu testende Kind 139,- €**
- ☐ **Gutachtenversand an Behörden 25,- €**
- ☐ **Gutachtenneuerstellung 50,- €**

Zuständige Botschaft: _____

Aktenzeichen der Botschaft: _____

☐ **Einfacher Defizienzfall pro Person 249,- €**
(☐ Mutter-Kind; ☐ Vater-Kind [in besonderen Fällen], ☐ Zwillingsanalysen) *

☐ **Komplexer Defizienzfall pro Person 299,-€**
(☐ Geschwister, ☐ Halbgeschwister, ☐ besondere Familienkonstellationen) *

*: **Bitte zu untersuchendes Verwandtschaftsverhältnis direkt dem Institut für Rechtsmedizin mitteilen.**
Alle Preise verstehen sich inklusive 19% Umsatzsteuer.

☐ **Probenentnahme im Institut**

☐ **Probenentnahme extern (z.B. im zuständigen Gesundheitsamt)**
(Kosten für externe Probenentnahme sind separat zu entrichten)

☐ **Es sollen die Ihnen vorliegenden Daten aus einem vorherigen Gutachten übernommen werden.**
(*falls vorliegend,* Ihr Aktenzeichen: _____).

Ich bin bereit, die Kosten für die Erstellung des Abstammungsgutachtens zu übernehmen.
Ich bin mit der Weitergabe persönlicher Daten zur Einholung der Proben außerhalb des Instituts einverstanden.

Datum_____ **Unterschrift 1. Person *(Auftraggeber*in)*** _____

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

Datum_____ **Unterschrift 2. Person** _____

Datum_____ **Unterschrift 3. Person** _____

Datum_____ **Unterschrift 4. Person** _____