

## Datenaufnahme private Abstammungsbegutachtung

(Die endgültige Auftragserteilung erfolgt erst mit dem Begleichen des Rechnungsbetrages)

Aktenzeichen	
--------------	--

(hier bitte nichts eintragen)

### Daten Putativvater:

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ	
Wohnort	
Telefonnummer	

### Daten Kindsmutter:

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ	
Wohnort	
Telefonnummer	

### Daten Kind:

Nachname							
Vorname							
Geburtsdatum							
wohnhaft bei	Kindsmutter		Putativvater		Andere (bitte Anschrift angeben)	Name	
						Straße, Hausnr.	
						PLZ	
						Wohnort	
Sorgeberechtigt (nur bei minderjährigem Kind auszufüllen)	Kindsmutter		Putativvater		Andere (bitte Anschrift angeben)	Tel.	
						Name	
						Straße, Hausnr.	
						PLZ	
						Wohnort	
						Tel.	

### Falls die Probenentnahme nicht in unserem Institut stattfinden kann:

Person	Putativvater	Kindsmutter	Kind
Arzt / Institution			
Ansprechpartner			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort			
Telefonnummer			

(bitte unbedingt vorab abklären, ob die jeweilige Institution bereit ist die Probenentnahme durchzuführen; evtl. anfallende zusätzliche Kosten für die Entnahme werden nicht vom Auftragnehmer getragen)

### Auftraggeber:

Auftraggeber / Rechnungsempfänger (bitte ankreuzen)	Kindsmutter		Putativvater		Andere (bitte Anschrift angeben)	Name	
						Straße, Hausnr.	
						PLZ	
						Wohnort	

Üblicherweise wird das Gutachten im Original an den Auftraggeber und in Kopie (mit der Anschrift des Auftraggebers) an alle beteiligten Personen gesendet. Falls Sie einen hiervon abweichenden Vorgang wünschen, bitte hier vermerken:

--

Weitere Angaben:

Ausgefüllt von (Name, Vorname)	
Die o.g. Person garantiert das Einverständnis aller im Formular genannten Personen und/oder deren Sorgeberechtigte zur Weitergabe der Daten für die im Rahmen dieser Abstammungsbegutachtung erforderlichen Zwecke (z.B. Einbestellungsschreiben oder Entnahmeanfragen an externe Entnahmestellen)*	
<b>Datum / Ort / Unterschrift</b>	
Kontakt für Rückfragen (E-Mail / Tel.)	
...melde ich mich nach dem Absenden des Formulars zeitnah unter der Telefonnummer 0761 2036866	
...bitte ich um Rückruf unter der oben genannten Telefonnummer (bitte Erreichbarkeit angeben)	Am besten bin ich zu erreichen (Tag / Uhrzeit: Mo-Do zw. 8.00 und 16.00 Uhr / Fr. zw. 8.00 und 13.00 Uhr):

\* Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserem Informationsblatt "Informationen zum Datenschutz im Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Freiburg"

([https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/08\\_institute/rechtsmedizin/pdf/Datenschutzinfo.pdf](https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/08_institute/rechtsmedizin/pdf/Datenschutzinfo.pdf))