

Eingang:

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_  
(hier bitte nichts eintragen)



Institut für Rechtsmedizin  
**Forensische Molekularbiologie**

Prof. Dr. med. A. Thierauf-Emberger  
Laborleitung Abstammung:  
Prof. Dr. Sabine Lutz-Bonengel  
Telefon: 0761 203-6866  
Telefax: 0761 203-6858  
irm.dna @uniklinik-freiburg.de

## Datenaufnahme zur Abstammungsbegutachtung

	Daten Putativvater oder beteiligte Person 1	Daten Kindsmutter oder beteiligte Person 2
Nachname:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Straße, Hausnummer:		
PLZ:		
Wohnort:		
Telefonnummer:		

Daten Kind(er) oder weitere beteiligte Personen						
Nachname:						
Vorname:						
Geburtsdatum:						
wohnhaft bei:	Kindsmutter	Putativvater	Andere (bitte Anschrift angeben)	Name:		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Straße, Hausnr.:	
					PLZ:	
					Wohnort:	
					Telefonnummer:	
Sorgeberechtigt: (nur bei minderjährigem Kind auszufüllen)	Kindsmutter	Putativvater	Andere (bitte Anschrift angeben)	Name:		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Straße, Hausnr.:	
					PLZ:	
					Wohnort:	
					Telefonnummer:	

Falls die Probenentnahme nicht in unserem Institut stattfinden kann:

Person:	Putativvater / Person 1	Kindsmutter / Person 2	Kind(er) / weitere Person
Arzt/Ärztin / Institution:			
Ansprechpartner*in:			
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)*

Das Gutachten wird im Original an die/den an der Analyse beteiligte/n Auftraggeber\*in und in Kopie (mit der Anschrift der/s Auftraggebers\*in) an alle weiteren beteiligten Personen gesendet. Sollte die/der Auftraggeber\*in nicht an der Analyse beteiligt sein, so erfolgt der Versand an diese/n nur, wenn alle Beteiligten zustimmen (Abfrage erfolgt bei Probenentnahme).

Falls Sie als Auftraggeber\*in nicht an der DNA-Analyse beteiligt sind oder einen hiervon abweichenden Vorgang wünschen, können Sie dies oder weitere Anmerkungen hier vermerken:

## Datenaufnahme zur Abstammungsbegutachtung

Auftraggeber*in / Rechnungsempfänger*in:  (bitte ankreuzen)	Kindsmutter  <input type="checkbox"/>	Putativvater  <input type="checkbox"/>	Andere (bitte Anschrift angeben)  <input type="checkbox"/>	Name:		
					Straße, Hausnr.:	
					PLZ:	
					Wohnort:	
					Telefonnummer:	

Die/Der Auftraggeber\*in muss das Einverständnis aller im Formular genannten Personen und/oder deren gesetzliche Vertreter\*innen zur Verarbeitung der Daten für die im Rahmen dieser Abstammungsbegutachtung erforderlichen Zwecke (z. B. Einbestellungsanschriften oder Entnahmeanfragen an externe Entnahmestellen) geben. In der Regel werden Ihre personenbezogenen Daten innerhalb Deutschlands, der EU oder des Europäischen Wirtschaftsraumes verarbeitet. In allen diesen Ländern besteht aufgrund der EU Datenschutz-Grundverordnung ein hohes einheitliches Datenschutzniveau, wonach Ihre Daten umfangreich geschützt sind. Eine Ausnahme davon bilden Datenübermittlungen, sofern Sie die Probenentnahme in einem Nicht-EU-Land wünschen. Weitere 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)).

Hiermit bestätige ich,

- ▶ dass alle beteiligten Personen mit der Datenverarbeitung (Speicherung der Daten und Weitergabe für erforderliche Zwecke wie dem Einwilligungsschreiben oder bei externen Entnahmestellen) einverstanden sind. Hiervon unberührt bleibt das Recht auf Widerruf durch eine der beteiligten Personen.
- ▶ ggf. bei gewünschter Probenentnahme außerhalb der EU/EWR eine Drittlandsübermittlung erfolgen darf.
- ▶ mir die weiteren hier genannten Informationen zum Datenschutz bekannt sind bzw. online im Informationsblatt verfügbar sind.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Name oder Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Kontakt für Rückfragen (E-Mail/Tel.): \_\_\_\_\_

Terminvereinbarung (nur für Entnahme im Institut für Rechtsmedizin Freiburg):

Ich melde mich nach Absenden des Formulars zeitnah unter der Telefonnummer 0761 2036866

Ich bitte 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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Formular bitte ausdrucken, unterschreiben und senden an:**

per Post

Institut für Rechtsmedizin  
Forensische Molekularbiologie  
Albertstr. 9  
D-79104 Freiburg

**oder**

per E-Mail

(eingescannt oder abfotografiert)

[irm.dna@uniklinik-freiburg.de](mailto:irm.dna@uniklinik-freiburg.de)