

Institut für Rechtsmedizin
 Am Pulverturm 3, 55131 Mainz
 Telefon: +49 (0) 6131 17-9505
 Telefax: +49 (0) 6131 17-9458
 E-Mail: kbender@uni-mainz.de
 www.rechtsmedizin.uni-mainz.de

Auftrag zur Durchführung einer Abstammungsuntersuchung

Name der Mutter:	Geburtsdatum:
Adresse:	
.....	Telefon:
Staatsangehörigkeit:	
Elterliches Sorgerecht: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Name des Kindes:	Geburtsdatum:
Adresse:	
.....	Telefon:
Staatsangehörigkeit:	

Name des möglichen Vaters:	Geburtsdatum:
Adresse:	
.....	Telefon:
Staatsangehörigkeit:	
Elterliches Sorgerecht: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Weitere Beteiligte (z.B. zusätzliche Kinder, Geschwister) siehe Seite 2 ja nein

Bei Untersuchungsbeginn ist eine Anzahlung von EUR 230,- zu leisten. Der Restbetrag ist vor Gutachtenerstattung zu zahlen. Die Kosten einer externen Entnahme von Blut- oder Speichelproben (z.B. durch den Hausarzt) übernehme ich selbst.

Alle Beteiligten möchten gemeinsam zur Probenahme erscheinen: ja nein

Der/Die Unterzeichnende bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er/sie das Institut für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Mainz verbindlich mit der Durchführung einer Abstammungsbegutachtung beauftragt, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und die "Informationen zur Abstammungsbegutachtung" gelesen und verstanden wurden.

Ort, Datum:

Unterschrift Auftraggeber:

Name (leserlich) Auftraggeber:

Bei Rückfragen erteilen wir gerne telefonisch Auskunft (06131 17-9505).

Weitere Beteiligte (z.B. zusätzliche Kinder, Geschwister)

Mögliche Verwandtschaftsbeziehung:

Name: Geburtsdatum:

Adresse: Telefon:

.....

Staatsangehörigkeit:

Mögliche Verwandtschaftsbeziehung:

Name: Geburtsdatum:

Adresse: Telefon:

.....

Staatsangehörigkeit:

Mögliche Verwandtschaftsbeziehung:

Name: Geburtsdatum:

Adresse: Telefon:

.....

Staatsangehörigkeit:

Mögliche Verwandtschaftsbeziehung:

Name: Geburtsdatum:

Adresse: Telefon:

.....

Staatsangehörigkeit: