

Auftragsformular für eine Abstammungsanalyse

Ärztliche Leitung: Dr. med. Wolfgang Schmitt
Ansprechpartnerin: Dipl.-Biol. Martina Reichert
☎ 0931 32123-42 📠 0931 353 62 87
genetik@drs-mai-schmitt-mulfinger.de

1. Angaben zum Auftraggeber

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ, Ort:
e-mail:	Telefon:

2. Art der Untersuchung

- Standardtest (Vater, Mutter*, Kind) 360,00 €
16 Systeme, Aussagesicherheit in der Regel > 99,999 %
- Premiumtest (Vater, Mutter*, Kind) 500,00 €
26 Systeme, Aussagesicherheit in der Regel > 99,99999 %
- Zwillingsanalyse (eineilig oder nicht) 150,00 €
- Untersuchung von ___ weiteren Personen je 100,00 €

*Gemäß den Richtlinien der Gendiagnostikkommission der Bundesregierung (GEKO) soll auf die Einbeziehung der Kindesmutter nur dann verzichtet werden, wenn diese für die Untersuchung nicht zur Verfügung steht.

Alle Preise verstehen sich inklusive gesetzlicher Mehrwertsteuer von 19% und beinhalten die Probenahme in unserer Praxis oder den Versand des Probenahmesets an eine Arztpraxis Ihrer Wahl. Wenn die Probenahme nicht in unserer Praxis durchgeführt wird, werden vom durchführenden Arzt ca. 25 € pro Person für Probenahme und Identitätssicherung in Rechnung gestellt (Abrechnung nach Gebührenordnung Ärzte-GOÄ).

3. Auftragsgegenstand

Der Auftraggeber beauftragt die ECB Kryo GmbH in Würzburg mit der genetischen Analyse der Proben und der Feststellung bzw. dem Ausschluss der Abstammungswahrscheinlichkeit durch biostatistische Berechnungen. Der Test wird gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer so durchgeführt, dass die Verwandtschaft zu 100 % ausgeschlossen oder mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 99,99 % festgestellt werden kann. Es wird ein Gutachten erstellt, das prinzipiell gerichtsverwertbar ist. Alle an der Untersuchung beteiligten Personen erhalten ein ausführliches Testergebnis inkl. der DNA-Profile und der softwaregestützten biostatistischen Auswertung. Der Versand der Ergebnisse erfolgt auf dem normalen Postweg. Das Ergebnis kann aus Datenschutzgründen nicht elektronisch oder telefonisch mitgeteilt werden.

Fallfrage:

Welche Verwandtschaftsbeziehung soll geklärt werden? (z.B. Ist Person 1 der Vater von Person 3?)

4. Zahlung:

Gesamtpreis für Ihren Auftrag:
<input type="checkbox"/> Barzahlung
<input type="checkbox"/> Überweisung an: ECB Kryo GmbH IBAN: DE92300606010007899734 BIC: DAAEDED Dt. APO-Bank

Nach Eingang aller Proben, vollständig vorliegender und unterschriebener Formulare und Zahlungseingang dauert die Analyse ca. 5-10 Werktage. Wird die Einwilligung von einer der beteiligten Personen widerrufen, werden die bisher angefallenen Kosten dem Auftraggeber in Rechnung gestellt.

Ich erteile den Auftrag zu Durchführung einer Abstammungsanalyse und übernehme die hier aufgeführten Kosten der Untersuchung:

Ort, Datum:

Unterschrift des Auftraggebers:

5. Bestätigung der Probenidentität und Einwilligung zur genetischen Analyse

Ich bestätige, dass die Probe von mir stammt, in meiner Gegenwart ordnungsgemäß verschlossen und beschriftet wurde. Ich willige in die Untersuchung und in die Gewinnung der hierfür erforderlichen Proben ein. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen kann. Bei nicht voll geschäftsfähigen Personen muss die Einwilligung von dem/den gesetzlichen Vertretern unter Angaben seines/ihres vollen Namens (in Druckbuchstaben) erteilt werden.

1. Testperson		<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Kind	<input type="radio"/> sonstige _____
Name:			Vorname:		
Straße:			PLZ, Ort:		
Geburtsdatum:			Personalausweisnummer: Nr. Geburtsurkunde:		
Ethnische Herkunft*: <input type="checkbox"/> kaukasisch (europäisch) <input type="checkbox"/> asiatisch <input type="checkbox"/> afrikanisch <input type="checkbox"/> andere _____					
Probenmaterial: <input type="checkbox"/> 2 x EDTA-Blut (mind. 5 ml)		Ich habe in den letzten 3 Monaten eine Übertragung von Blut/Blutbestandteilen erhalten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
<input type="checkbox"/> 2 Mundschleimhautabstriche		Ich habe eine Knochenmarktransplantation erhalten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
<input type="checkbox"/> Kopie Ausweis <input type="checkbox"/> Kopie Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Lichtbild Sind die möglichen Väter miteinander verwandt oder gibt es einen Zwilling Bruder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zweck der Qualitätssicherung einverstanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			Fingerabdruck linker Daumen: (bei Säuglingen Fußabdruck auf Blattrückseite)		
_____ Datum, Unterschrift Testperson bzw. aller gesetzlicher Vertreter					
2. Testperson		<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Kind	<input type="radio"/> sonstige _____
Name:			Vorname:		
Straße:			PLZ, Ort:		
Geburtsdatum:			Personalausweisnummer: Nr. Geburtsurkunde:		
Ethnische Herkunft*: <input type="checkbox"/> kaukasisch (europäisch) <input type="checkbox"/> asiatisch <input type="checkbox"/> afrikanisch <input type="checkbox"/> andere _____					
Probenmaterial: <input type="checkbox"/> 2 x EDTA-Blut (mind. 5 ml)		Ich habe in den letzten 3 Monaten eine Übertragung von Blut/Blutbestandteilen erhalten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
<input type="checkbox"/> 2 Mundschleimhautabstriche		Ich habe eine Knochenmarktransplantation erhalten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
<input type="checkbox"/> Kopie Ausweis <input type="checkbox"/> Kopie Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Lichtbild Sind die möglichen Väter miteinander verwandt oder gibt es einen Zwilling Bruder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zweck der Qualitätssicherung einverstanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			Fingerabdruck linker Daumen: (bei Säuglingen Fußabdruck auf Blattrückseite)		
_____ Datum, Unterschrift Testperson bzw. aller gesetzlicher Vertreter					

3. Testperson <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> sonstige _____	
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ, Ort:
Geburtsdatum:	Personalausweisnummer: Nr. Geburtsurkunde:
Ethnische Herkunft*: <input type="checkbox"/> kaukasisch (europäisch) <input type="checkbox"/> asiatisch <input type="checkbox"/> afrikanisch <input type="checkbox"/> andere _____	
Probenmaterial: <input type="checkbox"/> 2 x EDTA-Blut (mind. 5 ml)	Ich habe in den letzten 3 Monaten eine Übertragung von Blut/Blutbestandteilen erhalten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> 2 Mundschleimhautabstriche	Ich habe eine Knochenmarktransplantation erhalten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Kopie Ausweis <input type="checkbox"/> Kopie Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Lichtbild Sind die möglichen Väter miteinander verwandt oder gibt es einen Zwillingsbruder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zweck der Qualitätssicherung einverstanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Fingerabdruck linker Daumen: (bei Säuglingen Fußabdruck auf Blattrückseite)
_____ Datum, Unterschrift Testperson bzw. aller gesetzlicher Vertreter	

4. Testperson <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> sonstige _____	
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ, Ort:
Geburtsdatum:	Personalausweisnummer: Nr. Geburtsurkunde:
Ethnische Herkunft*: <input type="checkbox"/> kaukasisch (europäisch) <input type="checkbox"/> asiatisch <input type="checkbox"/> afrikanisch <input type="checkbox"/> andere _____	
Probenmaterial: <input type="checkbox"/> 2 x EDTA-Blut (mind. 5 ml)	Ich habe in den letzten 3 Monaten eine Übertragung von Blut/Blutbestandteilen erhalten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> 2 Mundschleimhautabstriche	Ich habe eine Knochenmarktransplantation erhalten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Kopie Ausweis <input type="checkbox"/> Kopie Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Lichtbild Sind die möglichen Väter miteinander verwandt oder gibt es einen Zwillingsbruder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zweck der Qualitätssicherung einverstanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Fingerabdruck linker Daumen: (bei Säuglingen Fußabdruck auf Blattrückseite)
_____ Datum, Unterschrift Testperson bzw. aller gesetzlicher Vertreter	

6. Probenahme und Identitätssicherung an der Untersuchung beteiligter Personen

Hinweise zur Identitätsprüfung und Einwilligung:

Bei der Durchführung von Abstammungsuntersuchungen halten wir die Richtlinien der Bundesärztekammer (Deutsches Ärzteblatt 10: A 665,2002) sowie die Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) ein. Dabei sind folgende Punkte zu beachten.

- Auf dem Auftragsformular müssen die zu untersuchenden Personen mit Familienname, Vorname, Geburtsdatum und, wenn verfügbar, ihrer ladungsfähigen Anschrift gezeichnet werden.
- Das Untersuchungsgut muss durch Mitarbeiter unseres Labors oder einen Arzt entnommen und die Identität der Personen von ihm **bestätigt** und dokumentiert werden.
- Die zu untersuchenden Personen müssen sich durch einen gültigen Ausweis (Personalausweis, Reisepass, bei Kindern ggf. Geburtsurkunde) legitimieren. Zur Dokumentation müssen dem Untersuchungsauftrag **Kopien der entsprechenden Legitimierungsausweise** und zusätzlich **Fingerabdrücke** (linker Daumen) beigefügt sein.
- Die schriftliche Einwilligung aller zu untersuchenden Personen muss vorliegen. Bei Minderjährigen bzw. nichteinwilligungsfähigen Personen (nach §17 Abs. 3 GenDG) ist die Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten bzw. der gesetzlichen Vertreter erforderlich.
- Der beigefügte Aufklärungsbogen muss von allen an der Untersuchung beteiligten Personen bzw. deren gesetzlichen Vertretern gelesen, verstanden und **unterschrieben** worden sein.

Hinweise zur Probenahme:

- Ca. 30 Minuten vor der Probenahme eines Mundschleimhautabstriches sollten die Testpersonen nicht mehr rauchen oder essen, sowie Säuglinge nicht mehr gestillt werden.
- Jede Probe muss in Gegenwart der zu untersuchenden Person mit dem vollständigen Namen und dem Geburtsdatum unverwechselbar beschriftet werden (fest haftender Klebezettel).
- Da bei Ausschluss der Fallfrage grundsätzlich eine zweite unabhängige Untersuchung zur Bestätigung des Ergebnisses durchgeführt wird, bitten wir Sie, für alle zu untersuchenden Personen **zwei Proben** einzusenden.
- Die Lagerung und der Versand der getrockneten Abstriche oder Blutproben können bei Raumtemperatur stattfinden.

Vom Arzt, der die Proben entnimmt auszufüllen:

Identitätsprüfung durch:	
Name:	Vorname:
Hiermit bestätige ich die Überprüfung der oben gemachten Angaben zu den Personen. Die Blutproben / Mundschleimhautabstriche wurden in meinem Beisein entnommen und in Gegenwart der zu untersuchenden Personen mit dem richtigen Namen unverwechselbar beschriftet. Die Proben wurden direkt an die ECB Kryo GmbH in Würzburg geschickt. Eine Manipulation der Probenidentität durch die zu untersuchenden Personen oder Dritte ist ausgeschlossen.	
Datum, Unterschrift	Praxisstempel