

An das
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Kiel
Institut für Rechtsmedizin - Haus U35
Abteilung für Forensische Genetik
Arnold-Heller-Straße 12
24105 Kiel

➔ **Institut für Rechtsmedizin**
Direktorin
Prof. Dr. med. J. Preuß-Wössner

Campus Kiel
Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel
Tel: +49 431 500-15900
Fax: +49 431 500-15904
E-Mail: rmed-ki@uksh.de
URL: <http://www.uksh.de/rechtsmedizin>

Campus Lübeck
Kahlhorststr. 31-35, 23562 Lübeck
Tel: +49 451 500-15950
Fax: +49 451 500-15954
E-Mail: rmed-hl@uksh.de
URL: <http://www.uksh.de/rechtsmedizin>

Betreff: Privatsache Abstammung

Hiermit beauftrage ich (Name, Vorname): _____
das Institut für Rechtsmedizin des UKSH Campus Kiel mit der Durchführung einer
Untersuchung des Abstammungsverhältnisses der unten angegebenen Personen und mit
den unten angegebenen Optionen.

Nach Eingang des Auftrages erhalten ich und alle Beteiligten die notwendigen Unterlagen
per Post.

Mit dieser Beauftragung erkläre ich auch rechtsverbindlich, die dabei entstehenden Kosten
zu übernehmen. Ich bin einverstanden, daß alle Beteiligten eine Kopie des Gutachtens
erhalten. Das Ergebnis wird nach Eingang der Zahlung mitgeteilt.

**Bitte füllen Sie die folgenden Felder vollständig aus! Ohne diese Angaben können wir
Ihren Auftrag nicht durchführen.**

1) Wobei handelt es sich bei Ihrem Auftrag? Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- ☐ Familienzusammenführung
- ☐ Privatauftrag zur Klärung eines Abstammungsverhältnisses

2) Welches Abstammungsverhältnis soll untersucht werden? Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- ☐ Vaterschaft, zwei Personen (Putativvater und Kind) (nicht empfohlen)
- ☐ Vaterschaft, drei Personen (Putativvater, Kindsmutter und Kind)
- ☐ Geschwisterschaft Wie viele Personen? _____
- ☐ Halbgeschwisterschaft* Wie viele Personen? _____
- ☐ Nichte/Neffe/Onkel/Tante* Wie viele Personen? _____
- ☐ Großvater/-mutter/Enkel* Wie viele Personen? _____
- ☐ Anderes. Bitte ausführen:* _____

*bitte geben Sie soviel Information wie möglich, z.B. welchen Elternteil haben die Halbgeschwister mutmaßlich gemeinsam oder handelt es sich um eine Tante/Großmutter mütterlicherseits oder väterlicherseits; nutzen Sie dafür auch gerne die Felder „Verwandtschaftsverhältnis“ in der Tabelle zu Punkt 3 dieses Auftragsformulars oder das Feld im Abschnitt „7. Sonstiges“.

3) Welche Personen sollen in die Untersuchung einbezogen werden?

Person 1	
Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Geburtsdatum:	
Verwandtschaftsverhältnis (Kind/Geschwister/Vater/Mutter usw.)	
Bemerkungen	
Person 2	
Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Geburtsdatum:	
Verwandtschaftsverhältnis (Kind/Geschwister/Vater/Mutter usw.)	
Bemerkungen	
Person 3	
Name, Vorname:	
Adresse:	

Telefonnummer:	
Geburtsdatum:	
Verwandtschaftsverhältnis (Kind/Geschwister/Vater/Mutter usw.)	
Bemerkungen	
Person 4	
Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Geburtsdatum:	
Verwandtschaftsverhältnis (Kind/Geschwister/Vater/Mutter usw.)	
Bemerkungen	
Person 5	
Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Geburtsdatum:	
Verwandtschaftsverhältnis (Kind/Geschwister/Vater/Mutter usw.)	
Bemerkungen	
Person 6	
Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Geburtsdatum:	
Verwandtschaftsverhältnis (Kind/Geschwister/Vater/Mutter usw.)	
Bemerkungen	

4) Soll eine Vaterschaft mit zwei Personen (Putativvater und Kind) durchgeführt werden und ist das Kind noch nicht volljährig? Wenn ja, geben Sie bitte auch die Daten

der Kindsmutter an, da von dieser eine schriftliche Einverständniserklärung auch dann vorliegen muss, wenn sie selbst nicht getestet wird bzw. eine Mitwirkung verweigert.

Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Geburtsdatum:	
Bemerkungen	

5) Befinden sich hier einzubeziehende Personen derzeit im Ausland? Wenn ja, geben Sie bitte idealerweise die Adresse und eine Ansprechperson der/des zuständigen Botschaft / Konsulats / medizinischen Dienstes an:

--

6) Sollten Sie als Auftraggeber sich unter Punkt 3 nicht eingetragen haben, geben Sie bitte hier Ihre Daten an:

Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Geburtsdatum:	
Bemerkungen	

7) Sonstiges (Kontaktdaten des niedergel. Arztes für die Probenahme / weitere Angaben zu Verwandtschaftsverhältnissen o.ä.)

Hinweis: Dieser Auftragsbogen ersetzt keine fachliche Beratung durch einen Sachverständigen für Abstammungsbegutachtung. Für fachliche Fragen, Unklarheiten und weiteren Klärungsbedarf steht Ihnen ein Sachverständiger an unserem Institut zur Verfügung.

Gerne können Sie uns den Auftrag per Post an die oben genannte Adresse oder auch per Mail/Fax an die rmed-ki@uksh.de / 043150015904 senden.

Ort, Datum

Unterschrift