



# Auftragsformular für eine Abstammungsanalyse

Ansprechpartnerin:  
Dipl. Biol. M. Reichert

 0931 32123-42

 0931 32123-77

e-mail: kontakt@drs-mai-schmitt-mulfinger.de



**Medizinische Genetik** Dr. Wolfgang Schmitt  
**Pränataldiagnostik** Dr. Reinhard Mai  
Dr. Lore Mulfinger  
FRAUENÄRZTE

## 1. Angaben zum Auftraggeber

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

## 2. Art der molekulargenetischen Untersuchung (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Standardtest 1 (16 Systeme; Vater und Kind) (Aussagesicherheit in der Regel > 99,99 %)	299,00 €	
<input type="checkbox"/> Standardtest 2 (16 Systeme; Vater, Mutter, Kind) (Aussagesicherheit in der Regel > 99,999 %)	349,00 €	
<input type="checkbox"/> Premiumtest 1 (26 Systeme; Vater und Kind) (Aussagesicherheit in der Regel > 99,9999%)	449,00 €	
<input type="checkbox"/> Premiumtest 2 (26 Systeme; Vater, Mutter, Kind) (Aussagesicherheit in der Regel > 99,99999%)	499,00 €	
<input type="checkbox"/> Zwillingsanalyse (eineiig oder nicht?)	150,00 €	
<input type="checkbox"/> Untersuchung von _____ weiteren Personen	je 99,00 €	
<input type="checkbox"/> Schnellanalyse innerhalb von 3 Werktagen	zusätzl. 150,00 €	
Gesamtpreis für Ihren Auftrag (inkl. 19% MwSt.):		€

Alle Preise verstehen sich inklusive gesetzlicher Mehrwertsteuer von 19% und beinhalten Versandkosten, das Probenahmeset und die Erstellung des Befundbriefs. Wenn die Probenahme nicht in unserer Praxis in Würzburg, sondern bei einem anderen Arzt durchgeführt wird, belaufen sich die Kosten für die Probenahme und die nötige Identitätssicherung auf ca. 25 € pro Person (Abrechnung nach Gebührenordnung Ärzte-GOÄ über den betreffenden Arzt). Das dazu benötigte Probenahmeset mit Formularen, Proberöhrchen/Wattestäbchen und Versandmaterial wird Ihnen von uns zugesandt oder der Arztpraxis Ihrer Wahl zugestellt.

## 3. Probennahme und Identitätssicherung an der Untersuchung beteiligter Personen

### Hinweise zur Probennahme, 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 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) beigelegt 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 beigelegte Aufklärungsbogen muss von allen an der Untersuchung beteiligten Personen bzw. deren gesetzlichen Vertretern gelesen, verstanden und unterschrieben worden sein.
- 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.

D-97070 Würzburg  
Juliuspromenade 7  
e-mail: kontakt@drs-mai-schmitt-mulfinger.de  
Telefon: 0931-321230

Rechtsform: GbR  
eingetragen beim Amtsgericht Würzburg  
USt.-ID-Nr. DE 812881348  
Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008

Bankverbindung:  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
Konto-Nr.: 0105500397  
BLZ: 30060601

Bitte füllen Sie die folgende Tabelle vollständig, mit Druckbuchstaben und in Anwesenheit des Arztes, der die Proben entnimmt aus.

<b>1. Testperson</b> <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> sonstige _____ (bitte eintragen)	
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ, Ort
Geburtsdatum:	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
Ethnische Herkunft* <input type="radio"/> Kaukasisch (europäisch) <input type="radio"/> asiatisch <input type="radio"/> afrikanisch <input type="radio"/> andere _____	
Probenmaterial: <input type="radio"/> 2 x EDTA-Blut ( mind. 5 ml) <input type="radio"/> 2 Mundschleimhautabstriche	
Personalausweis - Nr.: (Kopie des Personalausweises bitte beifügen)	Abdruck linker Daumen**: (wir empfehlen ein Stempelkissen)
<b>2. Testperson</b> <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> sonstige _____ (bitte eintragen)	
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ, Ort
Geburtsdatum:	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
Ethnische Herkunft* <input type="radio"/> Kaukasisch (europäisch) <input type="radio"/> asiatisch <input type="radio"/> afrikanisch <input type="radio"/> andere _____	
Probenmaterial: <input type="radio"/> 2 x EDTA-Blut ( mind. 5 ml) <input type="radio"/> 2 Mundschleimhautabstriche	
Personalausweis - Nr.: (Kopie des Personalausweises bitte beifügen)	Abdruck linker Daumen**: (wir empfehlen ein Stempelkissen)
<b>3. Testperson</b> <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> sonstige _____ (bitte eintragen)	
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ, Ort
Geburtsdatum:	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
Ethnische Herkunft* <input type="radio"/> Kaukasisch (europäisch) <input type="radio"/> asiatisch <input type="radio"/> afrikanisch <input type="radio"/> andere _____	
Probenmaterial: <input type="radio"/> 2 x EDTA-Blut ( mind. 5 ml) <input type="radio"/> 2 Mundschleimhautabstriche	
Personalausweis - Nr.: (Kopie des Personalausweises bitte beifügen)	Abdruck linker Daumen**: (wir empfehlen ein Stempelkissen)

<b>4. Testperson</b>		<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Kind	<input type="radio"/> sonstige _____ (bitte eintragen)
Name:		Vorname:			
Straße:		PLZ, Ort			
Geburtsdatum:		<input type="radio"/> weiblich		<input type="radio"/> männlich	
Ethnische Herkunft*		<input type="radio"/> Kaukasisch (europäisch)	<input type="radio"/> asiatisch	<input type="radio"/> afrikanisch	<input type="radio"/> andere _____
Probenmaterial:		<input type="radio"/> 2 x EDTA-Blut ( mind. 5 ml)		<input type="radio"/> 2 Mundschleimhautabstriche	
Personalausweis - Nr.: (Kopie des Personalausweises bitte beifügen)		Abdruck linker Daumen**: (wir empfehlen ein Stempelkissen)			

Sind die möglichen Väter (Vaterschaftstest) miteinander verwandt oder gibt es einen Zwillingsbruder?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	--

\* Die ethnische Herkunft ist für die Aussagekraft der Abstammungsuntersuchung von Bedeutung. Bitte wählen Sie zwischen europäisch, asiatisch bzw. afrikanisch, oder schreiben Sie bitte das Land auf, aus dem Ihre Familie stammt.

\*\*Bei Neugeborenen bitten wir um den Abdruck des linken Fußes statt des linken Daumens.

**Vom Arzt, der die Proben entnimmt auszufüllen:**

<b>Identitätsprüfung durch:</b>	
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ, Ort:
Telefon:	Fax:
<p>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 das Zentrum für Reproduktionsmedizin, Medizinische Genetik und Pränataldiagnostik in Würzburg geschickt. Eine Manipulation der Probenidentität durch die zu untersuchenden Personen oder Dritte ist ausgeschlossen.</p>	
_____ Datum, Unterschrift	Praxisstempel

#### 4. 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 in den letzten 3 Monaten keine Übertragung von Blut/Blutbestandteilen oder Transplantationen erhalten habe und an keiner Erkrankung des Blutes/der blutbildenden Organe leide. 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/ihrer vollen Namens (in Druckbuchstaben) erteilt werden. Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zweck der Qualitätssicherung einverstanden.

Testperson 1:

\_\_\_\_\_  
Datum                      Name, Vorname in Druckbuchstaben                      Unterschrift Testperson 1 bzw. des/der gesetzlichen Vertreter/s

Testperson 2:

\_\_\_\_\_  
Datum                      Name, Vorname in Druckbuchstaben                      Unterschrift Testperson 2 bzw. des/der gesetzlichen Vertreter/s

Testperson 3:

\_\_\_\_\_  
Datum                      Name, Vorname in Druckbuchstaben                      Unterschrift Testperson 3 bzw. des/der gesetzlichen Vertreter/s

Testperson 4:

\_\_\_\_\_  
Datum                      Name, Vorname in Druckbuchstaben                      Unterschrift Testperson 4 bzw. des/der gesetzlichen Vertreter/s

#### 5. Auftragsgegenstand

Der Auftraggeber beauftragt das Zentrum für Reproduktionsmedizin, Medizinische Genetik und Pränataldiagnostik 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. Der Auftraggeber versichert, dass die zu untersuchenden Proben einwandfrei anhand der Anleitung und mit Einwilligung der Testpersonen bzw. ihrer gesetzlichen Vertreter entnommen wurden und im Zusammenhang mit der Entnahme oder Beschaffung von Probenmaterial keine Persönlichkeitsrechte betroffener Personen verletzt wurden.

#### Fallfrage:

Hier können Sie eintragen, welche Verwandtschaftsbeziehung geklärt werden soll (z.B. Ist Person 1 der Vater von Person 2?).

#### 6. Zahlung:

Überweisung an:	Zentrum für Reproduktionsmedizin, Medizinische Genetik und Pränataldiagnostik	
	Kontonummer: 0105500397	
<b>-per Vorkasse-</b>	BLZ: 30060601	
	Kreditinstitut: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Würzburg	
Rechnung an:	<input type="checkbox"/> Auftraggeber	<input type="checkbox"/> andere Adresse:

Die Untersuchung kann nur durchgeführt werden, wenn uns das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Auftragsformular und der unterschriebenen Aufklärungsbogen vorliegen. Nach Eingang aller Proben und der Zahlung dauert die Analyse ca. 5-10 Werktage. Wird die Einwilligung von einer der beteiligten Personen widerrufen und die Analyse hat zu diesem Zeitpunkt bereits begonnen, wird eine Bearbeitungsgebühr von 150 € erhoben. 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. Bei den Testergebnissen handelt es sich um ein wissenschaftliches Gutachten, das nicht zwangsläufig vor Gericht anerkannt werden muss.

Als Auftraggeber der Abstammungsanalyse übernehme ich die hier aufgeführten Kosten der Untersuchung.

Ort, Datum:

Unterschrift des Auftraggebers: