



Niederschrift über die Entnahme einer Mundschleimhaut- oder Blutprobe mit Identitätsnachweis

in Sachen _____

Amtsgericht, AZ-Nr.: _____

Am _____ erschien(en) hier:

1. Herr/Frau _____
geboren am _____ in _____
wohnhaft: _____
amtlicher Ausweis mit Lichtbild, ausgestellt von _____
am _____ Nr. _____ gültig bis _____
ethnische Zugehörigkeit, falls nicht europäisch _____

2. Kind _____ geb. am _____ in _____
Wohnhaft: _____
Ausweis/Geburtsurkunde _____
ethnische Zugehörigkeit, falls nicht europäisch _____

Raum für Finger-(Fuß-)abdruck (linker Daumen, bei Kleinkindern linker Fuß)

--	--

Hiermit bestätige ich durch meine Unterschrift:

1. dass ich die unter 1. genannte Person bin
2. dass das mitgebrachte Kind das unter 2. genannte Kind _____ ist
3. dass die entsprechenden Entnahmegefäße mit den richtigen Namen beschriftet wurden
4. Zutreffendenfalls: dass von mir ein Lichtbild angefertigt wurde, das ich mit meinem Namenszug versehen habe.
5. dass ich - und das Kind - keine Stammzell-/ Knochenmarkspende oder in den letzten 2 Monaten keine Übertragung von Blut bzw. Blut-Bestandteilen erhalten habe habe(n) / hat, bzw. dass ich - und das Kind - nicht an einer Erkrankung des Blutes oder der blutbildenden Organe leide / leidet, soweit mir bekannt ist
6. dass ich über gesundheitliche Risiken der Probenabnahme und die Art der Untersuchung (nur Untersuchung der Abstammung) aufgeklärt wurde.

Die Identität der vorstehend aufgeführten Person(en) habe ich folgendermaßen überprüft:

1. Ich habe den Personalausweis und ggf. die Geburtsurkunde eingesehen und die daraus entnommenen Daten in dieses Formular eingetragen/eintragen lassen
2. Dieses Formular wurde in meiner Gegenwart unterschrieben.
3. Es wurde ein Finger-/Fußabdruck abgenommen
4. Ein Lichtbild wurde angefertigt ja / nein.
5. Das Entnahmeset wird von mir persönlich / nur durch von mir beauftragte Mitarbeiter versendet
6. Das Entnahmeset war zu keiner Zeit für die Probanden zugänglich.
7. Ich bestätige, dass ich die Proben unparteilich entnommen habe; es liegen keine Interessenskonflikte zu den Beteiligten vor.
8. Alle Daten werden vertraulich behandelt.

Datum:

(Unterschrift)

Datum:

(Unterschrift des Arztes, Stempel)