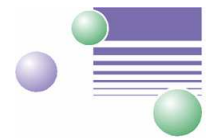


<b>Augsburg</b>	Morellstraße 33	86159 Augsburg	Tel. 0821 2590717	Fax 0821 2590989
<b>Bad Driburg</b>	Hinter dem Rosenberge 1	33014 Bad Driburg	Tel. 05253 970513	Fax 05253 970514
<b>Bayreuth</b>	Wilhelm-Pitz-Str. 1	95448 Bayreuth	Tel. 0921 50720450	Fax 0921 507204545
<b>Gießen</b>	Schiffenberger Weg 76	35394 Gießen	Tel. 0641 77044	Fax 0641 13022
<b>Hamburg</b>	Holzmlhlenstr. 86	22041 Hamburg	Tel. 040 60038760	Fax 040 600387622
<b>Heilbronn</b>	Sülmer Str. 60	74072 Heilbronn	Tel. 07131 203750	Fax 07131 163911
<b>Kassel</b>	Druseltalstr. 61	34131 Kassel	Tel. 0561 91880	Fax 0561 9188199
<b>Kiel</b>	Schönkirchener Str. 78	24149 Kiel	Tel. 0431 218380	Fax 0431 2183842
<b>Klipphausen</b>	Bremer Str. 9	01665 Klipphausen	Tel. 035204 6350	Fax 035204 63555
<b>München</b>	Hofer Str. 15	81737 München	Tel. 089 6302380	Fax 089 6731836
<b>Nürnberg</b>	Deutschherrnstr. 15-19	90429 Nürnberg	Tel. 0911 944700	Fax 0911 9447041
<b>Regensburg</b>	Bahnhofts. 13	93047 Regensburg	Tel. 0941 53710	Fax 0941 53708



## 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 in \_\_\_\_\_  
amtlicher Ausweis mit Lichtbild, ausgestellt von \_\_\_\_\_  
am \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ gültig bis \_\_\_\_\_  
ethnische Zugehörigkeit, falls nicht europäisch \_\_\_\_\_

2. Kind \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
wohnhaft in \_\_\_\_\_  
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 mit den richtigen Namen ausgefüllten Etiketten auf die entsprechenden Entnahmegefäße geklebt wurden
4. Zutreffendenfalls dass von mir ein Lichtbild angefertigt wurde, das ich mit meinem Namenszug versehen habe.
5. dass ich - und das Kind - in den letzten 2 Monaten keine Übertragung von Blut, Brut-Bestandteilen oder Knochenmark erhalten habe(n) / hat, bzw. dass ich - und das Kind - nicht an einer Erkrankung des Blutes oder der blutbildenden Organe leide(n) / leidet, soweit mir bekannt ist
6. dass ich über gesundheitliche Risiken der Probenabnahme und die Art der Untersuchung (nur Untersuchung der Abstammung) aufgeklärt wurde.

Datum: \_\_\_\_\_

(Unterschrift)

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

1. den Personalausweis und ggf. die Geburtsurkunde eingesehen und die daraus entnommenen Daten in dieses Formular eingetragen/eintragen lassen
2. dieses Formular in meiner Gegenwart unterschreiben lassen
3. den Fingerabdruck abgenommen
4. ein Lichtbild angefertigt ja / nein.

Datum: \_\_\_\_\_

(Unterschrift des Arztes, Stempel)