

Auftragsnummer:

Bitte
Auftragsnummer
aufkleben / eintragen

NIEDERSCHRIFT ÜBER PROBENENTNAHME UND IDENTITÄTSNACHWEIS

Für weitere Personen oder bei getrennter Probenentnahme bitte ein weiteres Formular verwenden. Alle Formulare erhalten Sie unter www.bj-diagnostik.de/formular.

Probe möglicher Vater:

Name:

Geb. am:

Amtlicher Identitätsnachweis: Personalausweis
 Reisepass

Nr. :

ausstellende Behörde/Ort:

Unterschrift

Probe Mutter:

Einwilligung der Mutter bei Minderjährigen erforderlich, wenn
sorgeberechtigt. Daten nur ausfüllen, wenn Probenentnahme
der Mutter hier dokumentiert wird.

Name:

Geb. am:

Amtlicher Identitätsnachweis: Personalausweis
 Reisepass

Nr. :

ausstellende Behörde/Ort:

Unterschrift

Probe Kind:

Name:

Geb. am:

Amtlicher Identitätsnachweis: Geburtsurkunde
 Personalausweis

Nr. :

ausstellende Behörde/Ort:

Unterschrift

bei minderjährigen Kindern durch Sorgeberechtigte, Vormund, ggf. durch das Kind

Probe von:

(ggf. Kind 2, etc.)

Name:

Geb. am:

Amtlicher Identitätsnachweis: Personalausweis
 Reisepass

Nr. :

ausstellende Behörde/Ort:

Unterschrift

bei minderjährigen Kindern durch Sorgeberechtigte, Vormund, ggf. durch das Kind

Während der Probenentnahme wurde ein Digitalfoto angefertigt. ja nein
(Zeuge und Testteilnehmer unterschreiben bitte auf dem Ausdruck des Digitalfotos.)

Erklärung des Zeugen:

- Das Formular wurde in meiner Gegenwart durch die Testpersonen bzw. Sorgeberechtigten bei minderjährigen Kindern unterschrieben.
- Die Angaben stimmen mit denen in den vorgelegten Ausweisen (bzw. Geburtsurkunde Kind) überein.
- Ich habe die Testpersonen befragt und sie haben bestätigt, dass sie keine Knochenmarktransplantation erhalten haben.
- Ich habe die Mundschleimhautabstrichproben mit sterilen Abstrichtupfern entnommen und korrekt beschriftet.

Ich versende die Proben von möglichem Vater Mutter Kind o.g. weiterer Person (bitte ankreuzen)

direkt zur Analyse an die bj-diagnostik GmbH, ohne Aushändigung an die Testpersonen oder Auftraggeber (lückenlose Beweiskette).

Datum:

Name:
bitte leserlich

Funktion:
(Arzt, Apotheker, Hebamme, Mitarbeiter Jugendamt, etc.)

Stempel / Adresse:

Unterschrift:

Ich bin damit einverstanden, mit meinen Kontaktdaten in das Online-Verzeichnis der Probennehmer der bj-diagnostik aufgenommen zu werden.