

Bitte nutzen Sie dieses Formular zur Dokumentation der Probenahme unter Zeugen. Bitte nehmen Sie von jedem Testteilnehmer entweder einen Abdruck des rechten Daumens oder ein Portraitfoto als Beleg für deren Anwesenheit.

Erklärung der Probanden

Die Probanden erklären mit ihrer Unterschrift, dass die entnommenen Proben von ihnen stammen, keine Knochenmarkstransplantation vorliegt und während der vergangenen 3 Monate keine Erkrankung der blutbildenden Organe auftrat.

(Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Möglicher Vater

Name _____
 Straße _____
 PLZ, Ort _____
 Geboren am _____ in _____
 Unterschrift _____
 Nummer des Ausweisdokumentes _____

evtl. Fingerabdruck

Probe:

Mundhöhlenabstrich, Blut

Sonstiges _____

Mutter

Name _____
 Straße _____
 PLZ, Ort _____
 Geboren am _____ in _____
 Unterschrift _____
 Nummer des Ausweisdokumentes _____

evtl. Fingerabdruck

Probe:

Mundhöhlenabstrich, Blut

Sonstiges _____

Kind oder weitere Person

Name _____
 Straße _____
 PLZ, Ort _____
 Geboren am _____ in _____
 Unterschrift _____
bei minderjährigen Kind ein gesetzlicher Vertreter
 Nummer des Ausweisdokumentes _____

evtl. Fingerabdruck

Probe:

Mundhöhlenabstrich, Blut

Sonstiges _____

Kind oder weitere Person

Name _____
 Straße _____
 PLZ, Ort _____
 Geboren am _____ in _____
 Unterschrift _____
bei minderjährigen Kind ein gesetzlicher Vertreter
 Nummer des Ausweisdokumentes _____

evtl. Fingerabdruck

Probe:

Mundhöhlenabstrich, Blut

Sonstiges _____

Erklärung des Zeugen:

Hiermit erkläre ich, dass die Personenangaben der Probanden mit denen auf ihren Ausweisen übereinstimmen. Ich habe Kopien der Ausweisdokumente beigelegt. Ich habe die Probenahme überwacht und durch Fotos oder Fingerabdruck dokumentiert. Proben und Testunterlagen werden unzugänglich aufbewahrt und von mir persönlich verschickt. Ich stehe zu den Probanden in keiner persönlichen Abhängigkeit und bin mit Ihnen weder verwandt noch verschwägert.

Institution _____
z.B. Arztpraxis, Behörde, etc.
 Straße _____
 PLZ, Ort _____
 Name _____
 Datum _____
 Unterschrift _____

Stempel der Institution