

# Identitätsnachweis zur Probenentnahme

Dieses Formular darf nur vom Zeugen (Arzt, Apotheker, Behörde) ausgefüllt werden

## 1. Person : vermuteter Vater

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Die Testperson hat sich ausgewiesen durch :

Personalausweis  Reisepass  Aufenthaltserlaubnis

Nummer \_\_\_\_\_ gültig bis \_\_\_\_\_

Ausstellende Behörde

Passfoto

Fingerabdruck  
Zeigefinger rechts

Formular Nr. : 231170 B

## 2. Person : Mutter

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Die Testperson hat sich ausgewiesen durch :

Personalausweis  Reisepass  Aufenthaltserlaubnis

Nummer \_\_\_\_\_ gültig bis \_\_\_\_\_

Ausstellende Behörde

Passfoto

Fingerabdruck  
Zeigefinger rechts

gemäß § 144 und § 404 ZPO

## 3. Person : Kind

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Die Testperson hat sich ausgewiesen durch :

Ausweis  Geburtsurkunde  Mutterpass/U1

Nummer \_\_\_\_\_ gültig bis \_\_\_\_\_

Ausstellende Behörde

Passfoto

Fingerabdruck  
Zeigefinger rechts

Kosten bzgl. der Dokumentation bei Arzt oder Behörde trägt der Auftraggeber. Rücksendung nur durch den Zeugen an Galantos Genetics. Ausweiskopien aller Testpersonen bzw. Geburtsurkunde/U1 bei minderjährigen Kindern liegen bei. Hiermit bestätige ich, dass die oben genannten Daten richtig sind, und die Proben ordnungsgemäß entnommen und beschriftet wurden. Es wurde in der Vergangenheit keine Knochenmarkstransplantation durchgeführt. Mir ist bekannt, dass gefälschte Unterschriften bzw. falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

## 4. Zeuge :

Datum, Name, Anschrift, Stempel

Stempel

► Unterschrift möglicher Vater  
(bei Minderjährigen Unterschrift der Sorgeberechtigten)

► Unterschrift Mutter / volljähriges Kind  
(bei Minderjährigen Unterschrift der Sorgeberechtigten)

► Unterschrift Zeuge