



LABCON-OWL GmbH
 Siemensstraße 40 32105 Bad Salzufflen
 Telefon 0 52 22 / 80 76 - 0
 Telefax 0 52 22 / 80 76 - 163
 Internet www.labcon-owl.de
 E-Mail info@labcon-owl.de

Identitätsnachweis und Probenentnahme

für Abstammungsgutachten

Patient:

Name: _____ Vorname: _____
 Straße: _____ PLZ/Ort: _____
 geb. am: _____ in: _____
 Ausweis-Nr. _____ gültig bis: _____
 Besondere Kennzeichen (ethnische Abstammung, Narben etc.): _____

Bei dem oben genannten Patienten wurde eine Stammzelltransplantation, Bluttransfusion oder Therapie mit Blutprodukten vorgenommen.

JA **NEIN**

Fingerabdruck (links/rechts), bitte Finger angeben

Entnommenes Probenmaterial (z.B. Abstrich, Blut, forensische Materialien):

Patient:

Hiermit bestätige ich:
 (nicht Zutreffendes streichen)

1. dass ich die benannte Person bin
2. dass ich gesetzlicher Vertreter der Person bin (bei Minderjährigen)
3. dass in meiner Gegenwart die Probe entnommen und beschriftet wurde
4. dass ein Fingerabdruck gefertigt wurde, der sich auf dem Formular befindet
5. dass ein Foto angefertigt wurde
6. dass meine Personalien anhand gültiger amtlicher Dokumente aufgenommen wurden

Datum, Unterschrift der oben genannten Person bzw. deren gesetzlicher Vertreter

Probennehmer:

Hiermit bestätige ich:
 (nicht Zutreffendes streichen)

1. dass die erforderliche Aufklärung und Beratung durchgeführt wurde
2. dass die Identität des Patienten durch Ausweis oder Geburtsurkunde kontrolliert wurde
3. dass die Daten entsprechend dokumentiert wurden
4. dass ein Fingerabdruck angefertigt wurde
5. dass ein Lichtbild oder die Kopie des Ausweises beigelegt wurde

Datum, Unterschrift des Probennehmers und Praxisstempel

**Bitte Dokument zusammen mit dem Untersuchungsmaterial direkt versenden an:
LABCON-OWL GmbH, Siemensstr. 40, 32105 Bad Salzuflen**

laborinterner Sperrvermerk

Einverständniserklärung widerrufen am _____ schriftlich mündlich
durch _____
_____ (Name der verantwortlichen Person)