



Absender/Auftraggeber

Name

Straße

Ort/Land

Telefon

Fax

An:

**Prof. Dr. med. Jörg Schmidtke**  
Facharzt für Humangenetik  
Direktor des Instituts für Humangenetik

Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Straße 1  
D-30625 Hannover

Telefon + 49-511-532-6537

Telefax + 49-511-532-5865

[schmidtke.joerg@mh-hannover.de](mailto:schmidtke.joerg@mh-hannover.de)

[www.vaterschaft.net](http://www.vaterschaft.net)

[www.human-genetik.net](http://www.human-genetik.net)

### Auftrag zur Erstellung eines Abstammungsgutachtens

Ich beauftrage Herrn Prof. Dr. med. Jörg Schmidtke, ein Abstammungsgutachten zu erstellen.\*

Die Probenabnahme soll erfolgen (bitte ankreuzen):

bei Ihnen (Terminvereinbarung unter 0511-532-6533)

bei einem Arzt meiner Wahl (es erfolgt Zusendung von Versandmaterial)

Name und Adresse des Arztes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In die Begutachtung sollen einbezogen werden:

	Name	Vorname	geb. am	Adresse	Unterschrift
Kind**					
Mutter					
möglicher Vater					
weitere Person***					

\* Mit Unterschrift wird das Einverständnis zur Untersuchung erklärt.

\*\* Bei Minderjährigen ist die Zustimmung aller Sorgeberechtigten erforderlich.

\*\*\* Bitte angeben, um wen es sich handelt (z.B. weiteres Kind, weiterer möglicher Vater).

Mir ist bekannt, dass ich das Gutachten erst nach Begleichung der Kostenrechnung erhalte.

Die Zahlung erfolgt auf das Konto Nr. 125 2572 bei der Degussa-Bank Hannover, BLZ 500 107 00.

Wenn ich nichts anderes verfüge, so soll eine Ausfertigung des Gutachtens an alle beteiligten volljährigen Personen versandt werden.

Datum

Unterschrift