

Dieses Formular können Sie auch als PDF-Datei im Internet auf www.resultan.de herunterladen.

Auftragsnummer

Identitätsnachweis zur Probennahme

Probe möglicher Vater	Daumenabdruck links (Stempelkissen notwendig!)
Name	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ / Ort	
Land	
Ausweis-Nr. (oder Pass) gültig bis	
Bluttransfusion innerhalb der letzten 2 Monate? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kommen Verwandte möglicherweise als Vater in Betracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hat die Testperson einen Zwilling? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
..... Unterschrift möglicher Vater	

Probe Kind	Daumenabdruck links (bei Säuglingen Fußabdruck rechts oder links)
Name	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ / Ort	
Land	
Ausweis-Nr. (oder Pass) gültig bis	
Bluttransfusion innerhalb der letzten 2 Monate? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hat die Testperson einen Zwilling? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
..... Unterschrift Kind (bzw. gesetzliche Vertreter)	

Bitte zuständigen Ansprechpartner der kontrollierten Probennahme eintragen:

Behörde oder Anwalt oder Arzt	<input type="checkbox"/> Schriftliches Testergebnis zusätzlich an Ansprechpartner.
Zuständige/r Ansprechpartner/in	Straße
PLZ / Ort	Land
Telefon	Telefax

Hiermit erkläre ich (*zuständige/r Ansprechpartner/in*), die Probennahme überwacht und die Probenzuordnung eindeutig vorgenommen zu haben. Weiterhin wurde die Identität der Testpersonen mit Hilfe von Ausweisdokumenten geprüft und ordnungsgemäß festgehalten. Die Proben der Testpersonen werden von mir (*Ansprechpartner/in*) in der versiegelten Testbox zur Analyse an die GENOLYTIC GmbH gesendet.

.....
Ort, Datum

.....
Ort, Datum

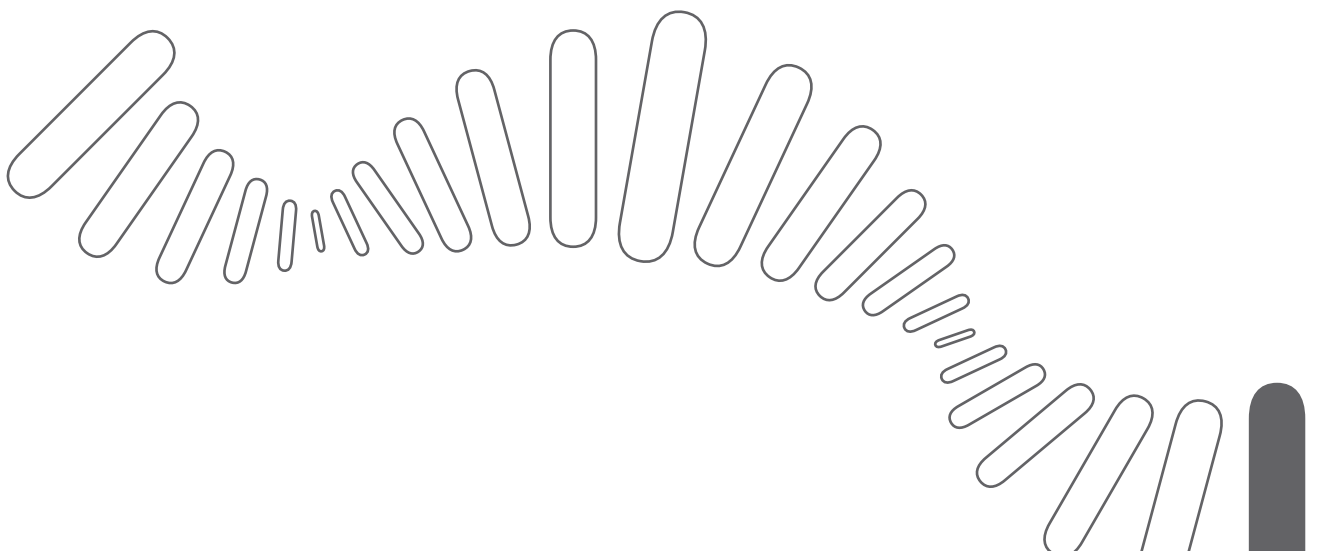
Stempel

X
.....
Unterschrift Zuständige/r Ansprechpartner/in

X
.....
Unterschrift Auftraggeber (Bestätigung der Korrektheit)

Identitätsnachweis / mögl. Vater + Kind

Bei kontrollierter Probennahme von der zuständigen Instanz auszufüllen.



Dieses Formular können Sie auch als PDF-Datei im Internet auf www.resultan.de herunterladen.

Auftragsnummer

Identitätsnachweis zur Probennahme

Probe Mutter	Daumenabdruck links (Stempelkissen notwendig!)
Name	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ / Ort	
Land	
Ausweis-Nr. (oder Pass) gültig bis	
Bluttransfusion innerhalb der letzten 2 Monate? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kommen Verwandte möglicherweise als Mutter in Betracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hat die Testperson einen Zwilling? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
..... Unterschrift Mutter	

Probe Zusatzperson	Daumenabdruck links (bei Säuglingen Fußabdruck rechts oder links)
Name	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ / Ort	
Land	
Ausweis-Nr. (oder Pass) gültig bis	
Bluttransfusion innerhalb der letzten 2 Monate? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hat die Testperson einen Zwilling? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
..... Unterschrift Kind (bzw. gesetzliche Vertreter)	

Bitte zuständigen Ansprechpartner der kontrollierten Probennahme eintragen:

Behörde oder Anwalt oder Arzt	<input type="checkbox"/> Schriftliches Testergebnis zusätzlich an Ansprechpartner.
Zuständige/r Ansprechpartner/in	Straße
PLZ / Ort	Land
Telefon	Telefax

Hiermit erkläre ich (*zuständige/r Ansprechpartner/in*), die Probennahme überwacht und die Probenzuordnung eindeutig vorgenommen zu haben. Weiterhin wurde die Identität der Testpersonen mit Hilfe von Ausweisdokumenten geprüft und ordnungsgemäß festgehalten. Die Proben der Testpersonen werden von mir (*Ansprechpartner/in*) in der versiegelten Testbox zur Analyse an die GENOLYTIC GmbH gesendet.

.....
Ort, Datum

.....
Ort, Datum

Stempel

X
.....
Unterschrift Zuständige/r Ansprechpartner/in

X
.....
Unterschrift Auftraggeber (Bestätigung der Korrektheit)

Für die GENOLYTIC GmbH

Identitätsnachweis / Mutter + Zusatzperson

Bei kontrollierter Probennahme von der zuständigen Instanz auszufüllen.

