



**Institut für  
Forensische Untersuchungen  
und Abstammungsgutachten**

IFUAG · Postfach 2349 · D – 26013 Oldenburg

**IFUAG**

Nordstraße 2  
D – 26135 Oldenburg

Telefon +49 (0) 441 25325  
Fax +49 (0) 441 14485  
Email info@ifuag.de  
Web www.ifuag.de



Akkreditiert nach DIN EN ISO 17025

**Manuela Braunschweiger**

Diplom-Biologin  
Fachabstammungsgutachterin DGAB

**Dr. med. Susanne Hirtz**

Fachärztin für Rechtsmedizin  
Fachabstammungsgutachterin DGAB

**Auftrag zur Erstattung eines  
Abstammungsgutachtens  
auf privater Basis**

Hiermit beauftrage ich .....  
das Institut für Forensische Untersuchungen und Abstammungsgutachten, ein **DNA-**  
Abstammungsgutachten auf privater Basis zu erstatten.

Die **DNA** wird aus den weißen Blutkörperchen oder Zellen der Mundschleimhaut gewonnen und auf Erbmerkmale der sog. **DNA-STR-Systeme** geprüft.  
Die Untersuchung umfasst mind. 15 DNA-STR-Systeme entsprechend den Mindestanforderungen der amtlichen Richtlinien für die Abstammungsbegutachtung der Gendiagnostik-Kommission (GEKO, 2012) und liefert in der Regel eine eindeutige Aussage zur Vaterschaft oder Nichtvaterschaft.

In Zweifelsfällen und bei genetischen Besonderheiten kann eine ergänzende Untersuchung weiterer DNA-Systeme notwendig werden, die erst nach Absprache vorgenommen wird.

Im unkomplizierten Fall mit Untersuchung von Kind, Kindesmutter und fraglichem Vater, bzw. Kind / Putativvater kostet das Gutachten 100,00 Euro pro Person (zzgl. MwSt. und auswärtigen Entnahmekosten).

Die Probenabnahme im hiesigen Institut ist kostenfrei.

<b>Der Betrag von</b>	<b>300,00 Euro</b>
<b>zzgl. 19% MwSt.</b>	<b>57,00 Euro</b>
	-----
	<b>357,00 Euro</b> (für 3 Personen)

**wird überwiesen bzw. zum Probenabnahmetermin mitgebracht.**

**Datum** ..... **Unterschrift** ..... (Auftraggeber)

Die Datenschutzerklärung, die wir Ihnen auf Wunsch auch zusenden, finden Sie unter [www.ifuag.de](http://www.ifuag.de).

Landessparkasse zu Oldenburg · BLZ 280 501 00 · Konto-Nr. 0 090 455 981  
IBAN DE52 2805 0100 0090 4559 81 · BIC SLZODE22XXX · USt-ID-Nr. DE279218334

..... (Name des Auftraggebers)

---

**In das Gutachten sollen einbezogen werden:**

(genaue Namen, Anschriften und Geburtsdaten)

**Kind** .....

geb. am .....

**Mutter** .....

geb. am .....

Adresse .....

Telefon .....

**Putativvater** .....

geb. am .....

Adresse .....

Telefon .....

**Die Probenentnahmen bei den Beteiligten sollen durchgeführt werden**

(bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

**im Institut für Forensische Untersuchungen und Abstammungsgutachten (Oldenburg)**

**in Krankenhaus / Gesundheitsamt / Arztpraxis in Wohnortnähe**

Name / Adresse .....

**Beide Beteiligten erhalten eine Abschrift des Abstammungsgutachtens.  
Das Gutachten erhalte ich unverzüglich nach Begleichung evtl. Restkosten  
(auswärtige Entnahmen).**

**Einverständniserklärung**

**Als sorgeberechtigte Person erkläre ich hiermit mein Einverständnis, dass bei**

**Kind** .....

**geb. am** .....

**eine Abstammungsuntersuchung durchgeführt wird.**

**Datum** ..... **Unterschrift** ..... (Sorgeberechtigte/-r)

Die Datenschutzerklärung, die wir Ihnen auf Wunsch auch zusenden, finden Sie unter [www.ifuag.de](http://www.ifuag.de).