



Institut für  
Forensische Untersuchungen  
und Abstammungsgutachten

**IFUAG GbR**

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  
DNA-Abstammungsgutachtens  
auf privater Basis**

Hiermit erteile ich dem **Institut für Forensische Untersuchungen und Abstammungsgutachten** den Auftrag, ein DNA-Abstammungsgutachten zu erstellen, in welches folgende Personen einbezogen werden sollen:

|  | Name | Vorname | geb. am | Adresse                         |
|--|------|---------|---------|---------------------------------|
| <b>Kind</b>  |      |         |         | Straße, Nr<br>Postleitzahl, Ort |
| <b>Mutter</b>  |      |         |         | Straße, Nr<br>Postleitzahl, Ort |
| <b>Putativvater</b>  |      |         |         | Straße, Nr<br>Postleitzahl, Ort |
| <b>Weitere Person</b><br>(z. B. weiteres Kind<br>oder weit. möglicher Vater) |      |         |         | Straße, Nr<br>Postleitzahl, Ort |

Die Untersuchung umfasst im Normalfall mind. 15 DNA-STR-Systeme entsprechend den Mindestanforderungen der amtlichen Richtlinie 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.)

**Die Untersuchung kostet 119 € pro Person (inkl. MwSt., zzgl. auswärtiger Probenentnahmekosten). Der Triofall (Kind / Mutter / Vater) kostet demnach 357 €. Auf die Einbeziehung der Kindesmutter kann nur im Ausnahmefall verzichtet werden.**

Datum                      Unterschrift ..... (Auftraggeber)

Seite 2 des Gutachtenauftrages in der Privatangelegenheit  
(Name des Auftraggebers)

---

**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
- Straße, Nr
- Postleitzahl, Ort

**Das Gutachten erhalten die Beteiligten nach Begleichung der Rechnung.**

**Meine Telefon-Nummer für Terminabsprachen:**

## Einverständniserklärung

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

Kind

geb. am

**eine Abstammungsuntersuchung durchgeführt wird.**

Datum            **Unterschrift** ..... (Sorgeberechtigte)

Datum            **Unterschrift** ..... (Sorgeberechtigter)