

Vertrag - Abstammungsbegutachtung -

zwischen

Institut für Medizinische Molekular Diagnostik, IMMD GmbH
Schönhauser Allee 118
D-10437 Berlin,

nachfolgend: Fa. IMMD; akkreditiertes Prüflaboratorium nach DIN EN ISO/IEC 17025:2005

und

Herrn / Frau

.....
Vorname, Name

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

.....
Tel. / Fax / E-Mail

Eine Zweitausfertigung des Gutachtens an folgende Adresse: *

Herr / Frau

.....
Vorname, Name

.....
Straße

.....
PLZ, Ort oder Fax, E-Mail

.....
Datum, Unterschrift des Auftraggebers

- im Folgenden *Auftraggeber* genannt –

* ohne Unterschrift des Auftraggebers ist eine Zustellung an eine andere Adresse nicht möglich.

wird folgender Vertrag geschlossen:

1. Allgemeine Bestimmungen

Die Fa. IMMD führt eine Abstammungsbegutachtung (Vaterschaftstest/Mutterschaftstest) durch, wobei das Testergebnis die Verwandtschaftsbeziehung ausschließt oder mit einer sehr hohen Sicherheit bestätigt. Das Abstammungsgutachten können Sie entsprechend dem Gendiagnostikgesetz inklusive der „Niederschrift über Probenentnahme und Identitätsnachweis“ als ein gerichtsverwendbares Gutachten in Auftrag geben.

Die Fa. IMMD sichert dem *Auftraggeber* Vertraulichkeit zu.

Der *Auftraggeber* garantiert, dass alle Proben mit Einwilligung der Testpersonen bzw. ihrer gesetzlichen Vertreter entsprechend Punkt 3 unter ärztlicher Aufsicht entnommen wurden und im Zusammenhang mit der Entnahme oder Beschaffung des Probenmaterials keine Persönlichkeitsrechte betroffener Personen verletzt wurden.

Der *Auftraggeber* garantiert weiterhin die Identität der Testproben, sofern sie nicht im IMMD unter ärztlicher Aufsicht abgenommen wurden, sowie die Richtigkeit der Angaben unter Punkt 3.

Die Fa. IMMD garantiert dem *Auftraggeber* das Testergebnis.

2. Preise und Zahlungsmodalitäten

Die Preise verstehen sich inkl. 19 % MwSt. und Zustellung von Probenröhrchen und Vertrag per Standardbrief.

X *	Leistung	Probenmaterial	Preis
	Abstammungsbegutachtung für Gerichte / Jugendamt unter Einschluss von Vater/Kind, Mutter/Kind oder Vater/Mutter/Kind gemäß Gendiagnostik-Gesetz („Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen“ (Gendiagnostikgesetz – GenDG))** Das beiliegende Formblatt „Niederschrift über Probenahme und Identitätsnachweis“ muss vollständig ausgefüllt werden.	Abstrichtupfer / Blut	500,-- €
	Eingesendete Aufträge zur Abstammungsbegutachtung unter Einschluss von Vater/Kind, Mutter/Kind oder Vater/Mutter/Kind gemäß Gendiagnostikgesetz. **	Abstrichtupfer / Blut	200,-- €
	Abstammungsbegutachtung bei Probennahme im IMMD (Vater/Kind, Mutter/Kind oder Vater/Mutter/Kind) gemäß Gendiagnostikgesetz. Bei Probennahme in unserem Labor erfolgt gleichzeitig die Barzahlung.	Abstrichtupfer / Blut	180,-- €
	Jedes zusätzliche Kind oder jede(r) zusätzliche mutmaßliche Vater/Mutter	Abstrichtupfer / Blut	160,-- € zusätzlich pro Person
	Wiederholung eines Tests unter Einschluss einer neuen Person	Abstrichtupfer / Blut	180,-- €
	Nach Rücksprache auch anderes Probenmaterial ***	Zahnbürste, Kaugummi, Stoffreste etc	75,-- € zusätzlich pro Probe
	Verwandschaftsanalysen; zum Beispiel zwischen mutmaßlichen Geschwistern, Halbgeschwistern, Großeltern und Enkelkind u.a. Absprache mit dem Labor erforderlich	Abstrichtupfer / Blut	ab 400,-- €
	Gerichtsverwendbare Verwandschaftsanalyse	Abstrichtupfer / Blut	ab 650,-- €
	Expressuntersuchungen nach Absprache mit dem Labor. Ergebnisübermittlung in der Regel innerhalb von 3-4 Arbeitstagen	Abstrichtupfer / Blut	200,-- € zusätzlich pro Test

* zutreffendes bitte ankreuzen

** Der Vater/Mutter/Kind-Test erreicht immer eine höhere Sicherheit als der Vater/Kind-, Mutter/Kind -Test.

*** Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass für andere als Blut- und Speichelproben keine Garantie für ein Testergebnis gegeben werden kann. Wegen der Vielzahl von Fehlermöglichkeiten bei der Probennahme (z.B. von Kaugummi, Stoffresten etc.) empfiehlt sich eine Rücksprache mit dem IMMD - Labor.

Überweisungen sind zu entrichten an:

Berliner Sparkasse (BLZ 100 500 00) Konto-Nr. 950 006 211
unter Angabe: Name „Auftraggeber“ und Stichwort „DNS-
Abstammungsbegutachtung“

Nach Zahlungseingang, sowie Vorlage des unterschriebenen Vertrages und der Testproben beim IMMD, wird die Abstammungsbegutachtung durchgeführt.

3 Testpersonen und Testanleitung

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle in Druckbuchstaben mit den Daten der Testpersonen aus. Testproben zu einem unvollständigen Fall (fehlende Testproben, ausstehende Zahlung) werden nach einer Aufbewahrungszeit von 6 Monaten verworfen.

Mit meiner Unterschrift (bei Minderjährigen unterzeichnet der Erziehungsberechtigte) bestätige ich, dass ich darüber aufgeklärt wurde, dass die Analyse ausschließlich der Abstammungsbegutachtung dient und gemäß den Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes („Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen“) durchgeführt wird, und dass ich mit der Durchführung der Analyse einverstanden bin.

Person 1

(Name)	(Vorname)	(Geburtsdatum)	(ethnische Zugehörigkeit)
<input type="checkbox"/> eingeschandt durch einen Arzt : Datum siehe Niederschrift		<input type="checkbox"/> Abstrichtupfer	Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> Probennahme durch einen Arzt : Datum siehe Niederschrift		<input type="checkbox"/> Blutentnahme	Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> Probennahme im IMMD : Datum _____		<input type="checkbox"/> _____	

Verwandtschaftsverhältnis*: _____ Datum, (#) Unterschrift

Person 2

(Name)	(Vorname)	(Geburtsdatum)	(ethnische Zugehörigkeit)
<input type="checkbox"/> eingeschandt durch einen Arzt : Datum siehe Niederschrift		<input type="checkbox"/> Abstrichtupfer	Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> Probennahme durch einen Arzt : Datum siehe Niederschrift		<input type="checkbox"/> Blutentnahme	Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> Probennahme im IMMD : Datum _____		<input type="checkbox"/> _____	

Verwandtschaftsverhältnis*: _____ Datum, (#) Unterschrift

Person 3

(Name)	(Vorname)	(Geburtsdatum)	(ethnische Zugehörigkeit)
<input type="checkbox"/> eingeschandt durch einen Arzt : Datum siehe Niederschrift		<input type="checkbox"/> Abstrichtupfer	Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> Probennahme durch einen Arzt : Datum siehe Niederschrift		<input type="checkbox"/> Blutentnahme	Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> Probennahme im IMMD : Datum _____		<input type="checkbox"/> _____	

Verwandtschaftsverhältnis*: _____ Datum, (#) Unterschrift

Person 4

(Name)	(Vorname)	(Geburtsdatum)	(ethnische Zugehörigkeit)
<input type="checkbox"/> eingeschandt durch einen Arzt : Datum siehe Niederschrift		<input type="checkbox"/> Abstrichtupfer	Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> Probennahme durch einen Arzt : Datum siehe Niederschrift		<input type="checkbox"/> Blutentnahme	Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> Probennahme im IMMD : Datum _____		<input type="checkbox"/> _____	

Verwandtschaftsverhältnis*: _____ Datum, (#) Unterschrift

* Bitte geben Sie die Abstammungslinie bei Verwandten genau an, z.B. Onkel mütterlicherseits oder Halbgeschwister über gemeinsamen Vater, etc.. Das fragliche Verwandtschaftsverhältnis bitte mit Fragezeichen kenntlich machen.

** Wir weisen darauf hin, dass eine unabhängige Testwiederholung nur bei Vorlage von zwei Probenmaterialien (z.B.: 2 Speicheltupfer, 2 Zahnbürsten etc.) pro Person möglich ist.

