



9900006400

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Analyse nach DIN 17025 für forensische Zwecke

Befund an Patient Einsender
 Rechnung an Patient Einsender

Ausweis-Nr.*: _____

Probennummer* von (Gesamtzahl der geforderten)
 Probenahme-Datum* Einbestellt am*

Probenahme unter Aufsicht von*

Labornummer
000000

nicht nach CTU-Kriterien

Beginn des Abstinenzprogramms* Abstinenz seit

Konsumdauer _____

Vertragsarztstempel abrechnender Arzt*

Rechnungsempfänger

Angaben zur Einnahme von Medikamenten

Haar
 Entnahme kopfhautnah (Resthaarlänge < 0,1 cm);*
 ja, entnommene Haarlänge gleich Gesamthaarlänge
 nein _____
 Entnahmestelle:*
 Haaransatz, am Hinterkopf
 ja nein, andere Entnahmestelle _____
 Haarlänge* _____ cm
 Haarfarbe*
 rot blond dunkelblond
 braun schwarz grau
 Haar behandelt (gefärbt, gebleicht etc.)*
 nein ja _____
 Rückstellprobe

Haar
Anforderung
 Drogenscreening (nach CTU-Kriterien)
 Drogenscreening (nach CTU-Kriterien zzgl. Opioiden)
 Ethylglucuronid
Einzelanforderung
 Amphetamine
 Benzodiazepine
 Kokain
 Methadon
 Opiate
 Opioiden
 Cannabis
 sonstige

Urin
 _____ °C: gemessene Temperatur der Urinprobe
Anforderung
 Ethylglucuronid
 Drogenscreening (nach CTU-Kriterien)
 Drogenscreening (nach CTU-Kriterien zzgl. Opioiden)

X _____ Ort/Datum X _____ Unterschrift Aufsichtsperson X _____ Unterschrift Patient