



9900006402

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

Labornummer  
000000

Vertragsarztstempel abrechnender Arzt\*

Analyse nach DIN 17025 für forensische Zwecke

Befund an  Patient  Einsender  
Rechnung an  Patient  Einsender

Ausweis-Nr.\*: \_\_\_\_\_

nicht nach CTU-Kriterien

Rechnungsempfänger

Probennummer\*

Von       (Gesamtzahl der geforderten)

Probenahme-Datum\*

Einbestellt am\*

Beginn des Abstinenzprogramms\*

Abstinenz seit

Probenahme unter Aufsicht von\* \_\_\_\_\_

Konsumdauer \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich

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**

Drogenscreening (nach CTU-Kriterien)  
 Drogenscreening (nach CTU-Kriterien zzgl. Opiode)  
 Ethylglucuronid

**Einzelanforderung**  
 Amphetamine  
 Benzodiazepine  
 Kokain  
 Methadon  
 Opiate  
 Opiode  
 Cannabis  
 sonstige

**Urin**

\_\_\_\_\_ °C: gemessene Temperatur der Urinprobe

Ethylglucuronid  
 Drogenscreening (nach CTU-Kriterien)  
 Drogenscreening (nach CTU-Kriterien zzgl. Opiode)

**Blut**  
 Phospatidylethanol (PETH) aus EDTA-Blut

X \_\_\_\_\_ Ort/Datum      X \_\_\_\_\_ Unterschrift Aufsichtsperson      X \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient