



## Untersuchungsauftrag Toxikologie - Einsendung

### Zentralinstitut für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin

Institutsdirektor  
Prof. Dr. Jens Brümmer

Abteilung für medizinische Diagnostik/  
Toxikologie und Drogenanalytik

Ansprechpartnerin  
Gertrud Kreichgauer  
Tel. 0721 974-1751 Fax -1769  
drogentest@klinikum-karlsruhe.de

www.toxikologie-klinikum-karlsruhe.de



### Proband/in:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**Untersuchungsmaterial:**  Haare (nur Best.)  Urin  Serum  \_\_\_\_\_

Abnahme (Datum/Uhrzeit): \_\_\_\_\_

Probenidentifikationsnummer: \_\_\_\_\_

	Einfaches Screening <sup>1)</sup>	Bestätigungsanalyse <sup>2)</sup>
<b>Standardscreening</b> (Amfetamine, Benzodiazpíne, Cannabinoide, Cocain (-metabolit), Methadon, Opiate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>EtG (Alkoholstoffwechselprodukt)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opioide (Buprenorphin, Norbuprenorphin, Fentanyl,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabinoide (THC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocain (-metabolit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methadon(, -metabolit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) Einfaches Screening = Methode Immunoassay

2) Bestätigungsanalyse = Methode Chromatographie = forensisch gesichertes Screening

Fallbeschreibung, Bemerkung, Angaben zur Einnahme von Medikamenten/Drogen:

Auftraggeber	Rechnungsempfänger	Gutachtenempfänger
	<input type="checkbox"/> wie Auftraggeber <input type="checkbox"/> Proband/in	<input type="checkbox"/> wie Auftraggeber <input type="checkbox"/> Proband/in
Telefon: _____		
Telefax: _____		

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift und Stempel