



Formblatt - Untersuchungsauftrag (Einzeluntersuchung, Terminvergabe durch Labor)

Proband/in:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Zentralinstitut für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin

Institutsdirektor Prof. Dr. Jens Brümmer

Abteilung für medizinische Diagnostik/ Toxikologie und Drogenanalytik

Sekretariat: Tel. 0721 974-1751 Fax -1769 drogentest@klinikum-karlsruhe.de

www.toxikologie-klinikum-karlsruhe.de

Einbestellung

telefonisch: _____ (Telefonnummer)

per Mail: _____ (E-Mail-Adresse)

per Post: _____ (Adresse)

_____ (Adresse)

Ungefährer Zeitpunkt: _____

Untersuchungsmaterial: Haare (nur Best.) Urin Serum



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

Empty box for case description and remarks.

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 _____