



Formblatt - Untersuchungsauftrag (Kontrollzeitraum/mehrere Untersuchungen, 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 checkboxes: telefonisch, per Mail, per Post with address fields

Kontrollzeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Anzahl der Untersuchungen: \_\_\_ Urinunters. \_\_\_ Haarunters. \_\_\_ sonstige Unters.

Table with 3 columns: Test Name, Einfaches Screening, Bestätigungsanalyse. Rows include Standardscreening, EtG, Opioides, Amfetamine, Benzodiazepine, Cannabinoide, Cocain, Methadon, Opiate, Sonstiges.

1) Einfaches Screening = Methode Immunoassay 2) Bestätigungsanalyse = Methode Chromatographie = forensisch gesichertes Screening

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

Large empty rectangular box for case description.

Table with 3 columns: Auftraggeber, Rechnungsempfänger, Gutachtenempfänger. Includes sub-rows for telephone and telefax numbers.

Datum \_\_\_\_\_

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