



9900006404

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

Vertragsarztstempel abrechnender Arzt*

Rechnungsempfänger

Beginn des Abstinenzprogramms*
 Abstinenz seit

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

Anforderung Haar
 Drogenscreening (nach CTU-Kriterien)
 Drogenscreening (nach CTU-Kriterien zzgl. Opioid)
 Ethylglucuronid
Einzelanforderung
 Amphetamine
 Benzodiazepine
 Kokain
 Methadon
 Opiate
 Opioid
 Cannabis
 synthetische Cannabinoide¹
 synthetische Amphetamine¹
 synthetische Benzodiazepine/Z-Substanzen¹
 Ketamin¹
 relevante Psychopharmaka^{1,2}
 GHB oder LSD oder Psilocybin¹

Präanalytik Urin
 _____ °C: gemessene Temperatur der Urinprobe

Anforderung Urin
 Ethylglucuronid
 Drogenscreening (nach CTU-Kriterien)
 Drogenscreening (nach CTU-Kriterien zzgl. Opioid)
 synthetische Cannabinoide¹
 synthetische Amphetamine¹
 Amphetamine, chiral¹
 synthetische Opioid¹
 synthetische Benzodiazepine/Z-Substanzen¹
 Ketamin¹
 relevante Psychopharmaka^{1,2}
 GHB¹
 LSD¹
 Psilocybin¹
 Barbiturate¹
 sonstige: _____

Blut
 Phosphatidylethanol aus EDTA-Blut
 Ethylglucuronid¹
 Drogenscreening^{1,3}
 Medikamentenspiegel^{1,2} _____

Legende:
¹ Analyse nach DIN 15189
² massenspektrometrisches Screening auf Analgetika, Antipsychotika, Antidepressiva, Anxiolytika/Hypnotika, Sedativa, Psychostimulanzien, Antikonvulsiva, Antihistaminika
 1. Generation
³ Amphetamine, Barbiturate, Benzodiazepine, Kokain, Methadon, Opiate, Cannabis, Screening LC/MSn

_____ Ort/Datum _____ Unterschrift Aufsichtsperson _____ Unterschrift Patient