



Untersuchungsauftrag - Toxikologie - eingesendete Probe

Toxikologie und Drogenanalytik

Proband/in:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. 0721 974-61751 Fax -1769

drogentest@klinikum-karlsruhe.de

www.toxikologie-klinikum-karlsruhe.de

Aktenzeichen: _____

Abnahme (Datum/Uhrzeit): _____

Probenidentifikationsnummer: _____

	Urin, einfaches Screening ¹⁾	Urin, forensisch gesichert ²⁾	Haare ³⁾	Blut ⁴⁾
Standardscreening (Amfetamine, Benzodiazpine, Cannabis, Cocain, Methadon, Opiate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opioide (Buprenorphin, Fentanyl, Tramadol, Tilidin, Oxycodon)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einzeluntersuchung Cannabise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Einzeluntersuchung Amfetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Einzeluntersuchung Cocain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Einzeluntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
EtG (Alkoholstoffwechselprodukt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PEth (Marker zum Alkoholkonsumverhalten)				<input type="checkbox"/>
Sonstiges		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) Urin, einfaches Screening = Methode Immunoassay; 2) Urin, forensisch gesichertes Screening = Methode Chromatographie; 3) Haare = Methode Chromatographie; 4) Blut = Methode Chromatographie, Drogen im Blut NICHT zum Abstinenznachweis geeignet

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

Auftraggeber	Rechnung an	Gutachten an
	<input type="checkbox"/> Auftraggeber	<input type="checkbox"/> Auftraggeber
	<input type="checkbox"/> Proband/in	<input type="checkbox"/> Proband/in
	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Sonstige
Telefon:		
Telefax:		

Datum

Unterschrift und Stempel