



## Untersuchungsauftrag - Toxikologie

### Proband/in:

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Toxikologie und Drogenanalytik

Tel. 0721 974-61751 Fax -1769

drogentest@klinikum-karlsruhe.de

www.toxikologie-klinikum-karlsruhe.de

### Einbestellung

telefonisch: \_\_\_\_\_ (Telefonnummer)

per Mail: \_\_\_\_\_ (E-Mail-Adresse)

(Einbestellungen per Post sind nicht möglich)

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

Anzahl der Untersuchungen: \_\_\_\_\_

	Urin, einfaches Screening <sup>1)</sup>	Urin, forensisch gesichert <sup>2)</sup>	Haare <sup>3)</sup>	Blut <sup>4)</sup>
<b>Standardscreening</b> (Amfetamine, Benzodiazpine, Cannabis, Cocain, Methadon, Opiate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Opioide</b> (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"/>		
<b>EtG (Alkoholstoffwechselprodukt)</b>	<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 Chromatografie; 4) Blut = Methode Chromatografie, Drogen im Blut NICHT zum Abstinenznachweis geeignet

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

**Aktenzeichen** (zwingend erforderlich bei Abrechnung mit der Staatskasse):

<b>Auftraggeber</b>	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:		