

**LADR Zentrallabor
Dr. Kramer & Kollegen**

Fachbereich Toxikologie
Lauenburger Str. 67, 21502 Geesthacht
T: 04152 803-460 | F: 04152 803-45460

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

Beginn des Abstinenzprogramms* **Abstinenz seit**

Konsumdauer _____ **Geschlecht**

männlich
 weiblich

Vertragsarztstempel abrechnender Arzt*

Rechnungsempfänger

Angaben zur Einnahme von Medikamenten

Haar

Entnahme kopfhautnah (Resthaarlänge < 0,1 cm)*

ja, entnommene Haarlänge gleich Gesamthaarlänge
 nein _____

Entnahmestelle:*
Haarasatz, 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. Opioiden)
 Ethylglucuronid

Einzelanforderung

Amphetamine
 Benzodiazepine
 Kokain
 Methadon
 Opiate
 Opioiden
 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. Opioiden)
 synthetische Cannabinoide¹
 synthetische Amphetamine¹
 synthetische Opioiden¹
 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
³ 1. Generation
³ Amphetamine, Barbiturate, Benzodiazepine, Kokain, Methadon, Opiate, Cannabis, Screening LC/MSn

X _____ Ort/Datum **X** _____ Unterschrift Aufsichtsperson **X** _____ Unterschrift Patient