



9900006400

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Labornummer  
000000

Vertragsarztstempel abrechnender Arzt\*

Rechnungsempfänger

nicht nach CTU-Kriterien

Beginn des  
Abstinenzprogramms\*

\_\_\_\_\_

Abstinenz seit

\_\_\_\_\_

Konsumdauer \_\_\_\_\_

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\* \_\_\_\_\_

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

**Haar**  
**Anforderung**  
 Drogenscreening (nach CTU-Kriterien)  
 Drogenscreening (nach CTU-Kriterien zzgl. Opioide)  
 Ethylglucuronid  
**Einzelanforderung**  
 Amphetamine  
 Benzodiazepine  
 Kokain  
 Methadon  
 Opiate  
 Opioide  
 Cannabis  
 sonstige

**Urin**  
 \_\_\_\_\_ °C: gemessene Temperatur der Urinprobe  
**Anforderung**  
 Ethylglucuronid  
 Drogenscreening (nach CTU-Kriterien)  
 Drogenscreening (nach CTU-Kriterien zzgl. Opioide)

X \_\_\_\_\_ Ort/Datum      X \_\_\_\_\_ Unterschrift Aufsichtsperson      X \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient