

<b>Nachname:</b>		<b>FTC-Nr.:</b>	
<b>Vorname:</b>			
<b>Geburtsdatum:</b>			
<b>AZ-Polizei:</b>			<b>Eingangsstempel (Labor):</b>
<b>AZ-Staatsanw.:</b>			
<b>Vorfalldatum:</b>			
<b>Festnahmedatum:</b>			

<b>Auftraggeber</b> (Name, Anschrift) (= Befund- und Rechnungsempfänger)	<b>Kopie des Befundes an</b> (Name, Anschrift)	<b>Probenahme durch:</b> <input type="checkbox"/> Auftraggeber <input type="checkbox"/> andere:
---	---	---

**Untersuchungsgrund**

Verstoß gegen BtmG    anderes Delikt    Opfer (KO-Mittel-Beibringung)    andere Gründe:

**Probenahme** (Entnahmeanleitung auf Homepage beachten!)

<b>Datum:</b>	<b>Haarart:</b>	<input type="checkbox"/> Kopfhaar	<input type="checkbox"/> Barthaar
<b>verbliebene</b> <input type="checkbox"/> < 3 mm		<input type="checkbox"/> Brusthaar	<input type="checkbox"/> Achselhaar
<b>Restlänge:</b> <input type="checkbox"/> _____ mm		<input type="checkbox"/> Schamhaar	<input type="checkbox"/> _____
	<b>Haarbehandlung:</b>	<input type="checkbox"/> keine	
		<input type="checkbox"/> gefärbt/getönt	<input type="checkbox"/> gebleicht
		<input type="checkbox"/> Ansatz sichtbar	<input type="checkbox"/> Strähnen
		<input type="checkbox"/> _____	

**Analysenanforderung**

<input type="checkbox"/> <b>Übersichtsanalyse „Drogen“</b> (Cocain, Opioide, Amphetamine, Substitutionsmittel, THC, gängige Missbrauchsmedikamente)	<b>Sonderuntersuchungen:</b> (*zusätzliches Probenmaterial erforderlich!)
	<input type="checkbox"/> zentralwirksame Medikamente (Antidepressiva, Neuroleptika, Hypnotika) <input type="checkbox"/> THC-Metaboliten* (wenn THC positiv) <input type="checkbox"/> synthetische Cannabinoide („Spice“) <input type="checkbox"/> Ethylglucuronid (EtG)* (Alkoholabbauprodukt) <input type="checkbox"/> Designerstimulantien („Badesalze“) <input type="checkbox"/> zusätzlich Designeropioide/ Designerbenzodiazepine <input type="checkbox"/> andere Substanzen:

**Anamnese**

Einnahme von:    Drogen    Alkohol    Medikamenten  
(Was? / Wann? / Wieviel?)

**Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:**

Datum, Unterschrift des <b>Entnehmenden</b>	<b>Zugehörig:</b> <input type="checkbox"/> Blutprobe(n) FTC-Nr.: <input type="checkbox"/> Urinprobe(n) FTC-Nr.:
---	---