

Haaranalyse

Externe Anforderung für Kliniken

FTC-Nr.:

Name:

FTC-Eingang:

Vorname:

Geburtsdatum:

AZ / Station:

Telefonnummer:

Auftraggeber: (Name, Anschrift):

(= Rechnungs- und Befundempfänger)

Bemerkungen:

Einsender:

Untersuchungsgrund:

Entnahme

Datum/Uhrzeit:

Entnommen durch:

Anforderung auf:

- Übersichtsanalyse (Cocain, Opiate, Substitutionsmittel, THC, Amphetamine, Benzodiazepine)
 - zusätzliches Screening auf zentralwirksame Medikamente (Antidepressiva, Neuroleptika, Hypnotika, Opioide u.a.)
 - Ethylglucuronid (Alkoholabbauprodukt) Ethylglucuronid +Fettsäureethylester*
 - Cannabismetabolite Synthetische Cannabinoide „Spice“ Designer-Stimulantien sonstige „Badesalze“
- *externer Anbieter

Untersuchungsmaterial

Haarbehandlung

- Kopfhaare Brusthaare
- Barthaare Schamhaare
- Achselhaare _____

- keine gebleicht/Strähnen
- gefärbt/getönt Ansatz sichtbar
- Wann? _____

Einnahme von Medikamenten/Drogen

Was? Wann?

Wieviel?

In Auftrag gegeben durch: _____