

Haaranalyse

Externe Anforderung für Führerschein | Bewährung | Privat

Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		FTC-Nr.
Nachname		Eingang
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße, Haus-Nr.		
PLZ, Wohnort		
Auftraggeber (Name, Anschrift) (= Rechnungs- und Befundempfänger)		AZ
Kopie des Befundes an (Name, Anschrift)		Externe Probenahme (entnommen und eingereicht von)
Identifikation		Untersuchungsgrund
<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Führerschein <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Fahreignung <input type="checkbox"/> Bewährungsauflage <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/>
Ausweis # <input type="text"/>		
Probenahme		Entnommen durch <input type="text"/>
		Unterschrift
Haarsegmentierung und Anforderung		Verbliebene Restlänge <input type="checkbox"/> 1-2 mm <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Der Proband beantragt die Untersuchung eines hautnahen Haarsegments von <input type="text"/> cm Länge.		
<input type="checkbox"/> Betäubungsmittel nach CTU Kriterien (wurzelnah max. 6 cm)		<input type="checkbox"/> Betäubungsmittel inkl. Opioide, nach CTU Kriterien (wurzelnah max. 6 cm)
		<input type="checkbox"/> Ethylglucuronid (Alkoholabbauprodukt) nach CTU Kriterien (wurzelnah max. 3 cm)
		<input type="checkbox"/> Andere Substanzen <input type="text"/>
Haarbehandlung		<input type="checkbox"/> Kopfhaar <input type="checkbox"/> Brusthaar <input type="checkbox"/> Achselhaar <input type="checkbox"/> Barthaar <input type="checkbox"/> Schamhaar
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> gefärbt <input type="checkbox"/> getönt <input type="checkbox"/> gebleicht <input type="checkbox"/> Ansatz sichtbar <input type="checkbox"/> Strähnen		Zugehörig <input type="checkbox"/> Urinprobe(n) <input type="checkbox"/> Blutprobe(n) FTC# <input type="text"/>
Wann? <input type="text"/>		
Einnahme von Medikamenten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Letzter Konsum <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen
Was? <input type="text"/>	Wann? <input type="text"/>	Wieviel? <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>

Datum, Unterschrift des Probanden