

<b>Nachname:</b>		<b>FTC-Nr.:</b>
<b>Vorname:</b>		<b>Eingangsstempel (Labor):</b>
<b>Geburtsdatum:</b>		
<b>Straße, Haus-Nr.:</b>		
<b>PLZ, Wohnort:</b>		
<b>Aktenzeichen:</b>		
<b>Identifikation:</b>	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Führerschein <input type="checkbox"/> Reisepass            Nr.:	
<b>Auftraggeber (Befundempfänger)</b> (Name, Anschrift)	<b>Rechnungsempfänger</b> (Name, Anschrift)	<b>Kopie des Befundes an</b> (Name, Anschrift)
<b>Untersuchungsgrund</b>		
<input type="checkbox"/> Fahreignung <input type="checkbox"/> Bewährungsauflage <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> andere Gründe: <small>(nach CTU Kriterien)</small>		
<b>Probenahme</b> ( <a href="#">Entnahmeanleitung auf Homepage beachten!</a> )		
durch: <input type="checkbox"/> Auftraggeber <input type="checkbox"/> andere:		
<b>Datum:</b>	<b>Haarart:</b>	<input type="checkbox"/> Kopfhaar <input type="checkbox"/> Barthaar <input type="checkbox"/> Brusthaar <input type="checkbox"/> Achselhaar <input type="checkbox"/> Schamhaar
<b>Haarlänge:</b> cm	<b>Behandlung:</b>	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> coloriert <input type="checkbox"/> gebleicht <input type="checkbox"/> Ansatz sichtbar <input type="checkbox"/> Strähnen
<b>Restlänge:</b> <input type="checkbox"/> < 3 mm <input type="checkbox"/> mm		
<b>Segmentierung:</b> <input type="checkbox"/> max. mögliche Länge <input type="checkbox"/> cm		
<b>Analysenanforderung</b>		
<b>Standardumfang:</b>	<b>Sonderuntersuchungen:</b> (zusätzliches Probenmaterial erforderlich!)	
<input type="checkbox"/> Polytoxikologisches Screening <input type="checkbox"/> inkl. erweiterte Opioide  <input type="checkbox"/> Ethylglucuronid (EtG) <input type="checkbox"/> Abstinenz <input type="checkbox"/> allg. Trinken	<input type="checkbox"/> Synthetische Cannabinoide <input type="checkbox"/> THC-Metaboliten („Spice“) <input type="checkbox"/> Designerstimulantien <input type="checkbox"/> andere Substanzen: („Badesalze“) <input type="checkbox"/> Medikamentenscreening	
<b>Anamnese</b>		
Einnahme von: <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Medikamenten (Was? / Wann? / Wieviel?)		
<b>Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:</b>		
Datum, Unterschrift des <b>Probanden</b>	Datum, Unterschrift des <b>Entnehmenden</b>	