

Chefarzt Prof. Dr. med. R. Hausmann  
Fachbereichsleiter Dr. rer. nat. J. Beyer

**Auftraggeber**

.....

.....

.....

.....

**Personalien**      m       w

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

### Auftrag zur Untersuchung auf Betäubungsmittel, Medikamente und Alkohol

**Probenmaterial:**       Urin      Datum, Zeit: .....

Blut / Serum      Datum, Zeit: .....

**Diagnose (klinisch):** .....

**Therapie / Medikamente:** .....

**Immunchemische Testverfahren:**       Kreatinin

<b>Parameter:</b>	<input type="checkbox"/> Cannabis/Cannabinoide *	<input type="checkbox"/> Opiate *	<input type="checkbox"/> Benzodiazepine *
	<input type="checkbox"/> Cocain (-metabolit) *	<input type="checkbox"/> Methadon/EDDP *	<input type="checkbox"/> Zolpidem *
	<input type="checkbox"/> Amphetamine mit Ecstasy *	<input type="checkbox"/> Buprenorphin (nur Urin) *	<input type="checkbox"/> Barbiturate
	<input type="checkbox"/> LSD (nur Urin) *	<input type="checkbox"/> Tramadol *	<input type="checkbox"/> Tricyclische Antidepressiva
	<input type="checkbox"/> Methylphenidat	<input type="checkbox"/> Oxycodon	<input type="checkbox"/> Pregabalin
		<input type="checkbox"/> 6-MAM (Heroinmarker nur Urin)	<input type="checkbox"/> GHB (= KO-Mittel)
		<input type="checkbox"/> Ketamin	
		<input type="checkbox"/> Fentanyl	<input type="checkbox"/> Ethylglucuronid (Alkoholmarker) *

**Sammelverfahren:**       Klinisch, 11 Parameter (\*)

**Weitere Untersuchungen (chromatographische Verfahren):**

Synthetische Cannabinoide (NPS = Neue Psychoaktive Substanzen)       Alkohol im Blut/Serum (quant.)

Identifikation unbekannter Substanzen (Screening auf Medikamente / Betäubungsmittel)

Bestätigungsanalyse (qual./quant.): .....

**Bemerkungen:** .....

.....

**E-Mail für Untersuchungsbericht:**

**Rechnung an:**  Auftraggeber      oder       folgende Adresse:

.....

**Datum:** .....      **Name:** .....