

Antrag zur Untersuchung von Haaren

Auftraggeber: _____ oder **Firmenstempel**

Name: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Tel: _____

Proband:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Geb.-datum/-ort: _____ Tel: _____

Soll zur Haarabnahme erscheinen bis: _____

Gutachtensempfänger: _____

Rechnungsempfänger: _____

Untersuchungsumfang:

- Standarduntersuchungsumfang:** Amphetamin, Designeramphetamine, Cannabis, Kokain,
(Unzutreffendes ggf. streichen) Opiate, Methadon, Benzodiazepine
- bei ehemaligem Opiat-/Opioidkonsum:** Tilidin-/Metabolit, Tramadol, Buprenorphin, Oxycodon, Fentanyl
- Sonstiges:** _____
- Ethylglucuronid (EtG, Alkoholmetabolit; Untersuchung routinemäßig nur 3 cm kopfhautnah)**
- Soll zur evtl. Vorlage bei Fahreignungsbegutachtungen verwendet werden können**
→max. Untersuchungszeitraum bei Drogen: 0-6 cm; max. Untersuchungszeitraum bei EtG: 0-3 cm
- Untersuchungszeitraum:** _____
→1 cm bei Kopfhaaren entspricht ca. 1 Monat

Ort, Datum:

Unterschrift des Auftraggebers