

Auftraggeber (Stempel und Unterschrift):

ID-Nr.: _ _ _ _ **08** _ _ _ _ **M**
(wird vom Labor ausgefüllt)

Anforderung einer Haaranalyse

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geb.-Datum:** _____

Identifizierung durch Ausweis-Nr.: _____ **Entnahme-Datum:** _____

Verbliebene Restlänge am Kopf: _____ **cm**

Haarfarbe: _____ **Welche Länge soll analysiert werden?** _____ **cm**

Probenentnahme wurde durchgeführt von (Name, Vorname): _____

Die Haare sollen auf folgende Parameter getestet werden (bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/>	Amphetamin	<input type="checkbox"/>	Metamphetamin
<input type="checkbox"/>	MDA, MDMA, MDEA, MBDB	<input type="checkbox"/>	Benzoylcegonin , Kokain
<input type="checkbox"/>	THC, CBN	<input type="checkbox"/>	Opiate (Morphin, Codein, DHC)
<input type="checkbox"/>	6-MAM ,Heroin	<input type="checkbox"/>	EDDP, Methadon
<input type="checkbox"/>	Komplettes Screening nach o. g. Parametern (nicht benötigte bitte streichen)	<input type="checkbox"/>	andere

Datum: _____ **Unterschrift (des Donors):** _____

Evtl. kurze Angaben zum Sachverhalt (ggf. gesondertes Blatt beifügen): _____

Analyse - Ergebnis (wird vom Labor ausgefüllt):

Amphetamin	<input type="checkbox"/>	pos.	<input type="checkbox"/>	neg.
Metamphetamin	<input type="checkbox"/>	pos.	<input type="checkbox"/>	neg.
MDA, MDMA, MDEA, MBDB	<input type="checkbox"/>	pos.	<input type="checkbox"/>	neg.
Benzoylcegonin, Kokain	<input type="checkbox"/>	pos.	<input type="checkbox"/>	neg.
THC, CBN	<input type="checkbox"/>	pos.	<input type="checkbox"/>	neg.
Opiate (Morphin, Codein, DHC)	<input type="checkbox"/>	pos.	<input type="checkbox"/>	neg.
6-MAM, Heroin	<input type="checkbox"/>	pos.	<input type="checkbox"/>	neg.
EDDP, Methadon	<input type="checkbox"/>	pos.	<input type="checkbox"/>	neg.
andere	<input type="checkbox"/>	pos.	<input type="checkbox"/>	neg.

Anmerkungen des Labors:

Datum: _____ **Unterschrift:** _____