Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am

LABOR ENDERS

Prof. Dr. med. Gisela Enders & Kollegen MVZ Rosenbergstr. 85 • 70193 Stuttgart Tel. 0711 / 6357-0 • Fax -203



UNTERSUCHUNGSAUFTRAG Haaranalyse

obe

1		forensisch akkreditiert *
triebsstätten-Nr. Arzt-Nr.	Datum	Versand des Probenmaterials ausschließlich in Versandtaschen mit Bezeichnung Haarpro
Geschlecht: weiblich männ	Entnahmedatum T,T,M,M,J,J	Entnahme-Zeit h h m m
Amtliches Ausweisdokume	nt Nr. A U S W E I S N U M M E R	EINABK EIORT
Betäubungsmittelanalytik aus	Kopfhaaren	III III III III III III III III III II
sollte der letzte Konsum - je nach Konsumfrequenz Screening aus gefärbtem / coloriertem Haar muss zur Begutachtung fortgesetzt werden. Alternativ kann Haaranalyse aus unbehandeltem Haar gemacht v nachträglich bei der Untersuchung der Haarprobe	labstinenz grundsätzlich nicht geeignet. Bei Untersuchung auf Betäubungsmittelz und Intensität - mindestens 3 – 6 Monate zurück liegen. Beim Betäubungsmitteldas einjährige Kontrollprogramm durch ein 6-monatiges Urinkontrollprogramm bis in dem einjährigen Abstinenzkontrollprogramm auch nach 6 Monaten eine weitere werden. Wurde uns eine Haarbehandlung nicht bekannt gemacht, sondern erst aufgedeckt, darf nach den Beurteilungskriterien für Fahreignung ein negatives	0053 0042 04
Untersuchungsergebnis nicht als Abstinenzbeleg gewertet werden. In diesem Fall werden die Kosten für die Untersuchung von uns nicht erstattet.		EINAME
Medikation:		EIZUSATZ EIORT
I. Durchzuführende Untersuchung	g(en)	
Anforderung ☐ Alkoholscreening (MPU) ETG / Ethylglucu ☐ Betäubungsmittel (MPU)	ronid Haare 3 cm (3 Monate) Haare 6 cm (6 Monate) max. Länge (max. Zeitraum) Betäubungsmittel: Cannabis, Opiate, Kokain, Amphetamin und Derivate (z. B. Ecstasy), Methadon, Benzodiazepine	Einsender
□ Betäubungsmittel incl. Opioide (MPU)□ Opioide (MPU)	Haare 6 cm (6 Monate) Haare 6 cm (6 Monate) Opioide: Buprenorphin, Tilidin, Tramadol, Oxycodon, Fentanyl inkl. Metabolite	
weitere:		
II. Dieser Teil wird von der Entnahmestelle ausgefüllt:		Probennummer / Barcode des Einsenders PID
Zur Entnahme der Haarproben (je ca. 100 mg) werden je drei bleistiftdicke Haarstränge am Hinterhauptshöcker zusammengedreht und jeder mit einem Faden gegen verrutschen fixiert. Sodann das Haar direkt über der Kopfhaut (< 3 mm) abschneiden und die kopfhaut- nahe Seite auf die markierte Seite der Aluminiumfolie legen und einschlagen (siehe Infoblatt). Bitte Aluminiumfolie nur falten. nicht knittern!		wird nur vom Labor ausgefüllt
Angaben zur Behandlung der Haare	Angaben zur Haarprobe:	Bezahlung: 🗆 bar 🗀 EC
Haarfarbe natürlich:	Gesamtlänge: cm	Auspacken/ Probenbenummerung 1. MA Kontr.
Haarfarbe bei Entnahme:	<u> </u>	□ BA □ BA
Hinweis: Bei ETG keine Haarbehandlung erlaubt! keine Haarbehandlung Tönung Färbung	zu unters. Haarlänge cm Labor verwendet Resthaarlänge: mm	☐ FP ☐ FP ☐ HW ☐ HW ☐ EM ☐ EM ☐ Kürzel Kontr.
☐ Strähnchen		NS
☐ Dauerwelle		HE - EH - NS - ML - EM
Ausweisdokument durch Entnahmeperson geprüft		— FP Anz. Haarproben: □ 1 □ 2 □ 3
(Gültigkeit + Kopie vorhanden) □ ja	a / □ nein Unterschrift der entnehmenden Person	Anz. Haarproben:
III. Zustimmung zur Laboruntersu Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich di erteile den Auftrag zur Durchführung dieser Ha	e Richtigkeit meiner Angaben und	

*Unser Labor ist für die Betäubungsmittelanalytik aus Serum, Plasma, Urin und Haaren nach DIN/EN ISO/IEC 17025 forensisch akkreditiert. Die Untersuchung des Probenmaterials erfolgt nach den Richtlinien der Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie (GTFCh). Das Labor nimmt regelmäßig und mit Erfolg an den Ringversuchen der GTFCh teil. Mit dem Auftraggeber wird vereinbart, dass auf den Prüfberichten in verkürzter Form berichtet und auf die Angabe angewendeten hausinternen Verfahrens- / Arbeitsanweisungen mit Kurzbezeichnung und Versionsnummer verzichtet wird. Die Verfügung über das abgegebene Probenmaterial wird auf das Labor Prof. Dr. Enders MVZ übertragen. Forensisches Probenmaterial wird ab dem Entnahmezeitpunkt für die Dauer von 2 Jahren aufbewahrt.

☐ Duplikat an Klient(in)

Ort

Datum

Unterschrift

Daten an das Labor Prof. Dr. G. Enders MVZ bin ich einverstanden.

□ Rechnung an Einsender □ Rechnung an Klient