

Angaben zum Probanden		Auftraggeber / Rechnungsadresse		
Name .....		.....	.....	.....
Vorname .....		.....	.....	.....
Geb. Datum .....		.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂ ID-Nr.....		.....	.....	.....
Material:	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Speichel	<input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/>
Entnahmezeit/Datum:	.....	.....	.....	.....

Übersichtsanalyse:

Medikamente und Drogen

Bestätigung für einzelne Analysenparameter:

Qualitativ

Quantitativ

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amphetamin | <input type="checkbox"/> Methamphetamin | <input type="checkbox"/> MDMA (Ecstasy) |
| <input type="checkbox"/> Buprenorphin/Norbuprenorphin | <input type="checkbox"/> BZO (Benzos/Zolpidem) | <input type="checkbox"/> Cocain und Metabolite |
| <input type="checkbox"/> Methadon u. Metabolit (EDDP) | <input type="checkbox"/> Fentanyl | <input type="checkbox"/> Ketamin/Norketamin |
| <input type="checkbox"/> Morphin/Codein/DHC | <input type="checkbox"/> 6-Monoacetylmorphin (Heroin) | <input type="checkbox"/> Opioide (Oxycodon, Hydrocodon) |
| <input type="checkbox"/> Methylphenidat/ Ritalinsäure | <input type="checkbox"/> LSD | <input type="checkbox"/> PCP (Phencyclidin) |
| <input type="checkbox"/> TCA (trizykl. Antidepr.) | <input type="checkbox"/> THC-Carbonsäure | <input type="checkbox"/> Tramadol/Desmethyltramadol |
| <input type="checkbox"/> Designer-Cannabinoide* | <input type="checkbox"/> NPS (andere)* | <input type="checkbox"/> GHB/GBL |
| <input type="checkbox"/> Pregabalin | <input type="checkbox"/> Barbiturate | <input type="checkbox"/> Kreatinin |
| <input type="checkbox"/> Phosphatidylethanol (PEth), Dried Blood Spot (DBS) | | <input type="checkbox"/> Ethanol |
| | | <input type="checkbox"/> Ethylglucuronid |

andere: _____

*mit Bitte um detailliertere Angaben bei Verdachtsfällen

Grund für weiteren Untersuchungsauftrag

Verdacht auf Konsum von _____

Vortest positiv für _____

Verantwortliche Person für Rückfragen

Name, Tel... _____

Versand an: Institut für Rechtsmedizin, Abteilung FTC, Murtenstrasse 26, CH-3008 Bern

Ergebnismitteilung bitte per (Email verschlüsselt / HIN secured):

Post E-Mail:.....

Datum:Unterschrift