

Patient	Name:	
	Vorname:	
	Geb.datum:	m/w
	SanNr.:	

Bitte möglichst Etikett verwenden!

Einsender	Einrichtung:	
	EinsenderID	
	Tel:	
	Fax:	

Bitte möglichst Etikett verwenden!

Laboratoriumsmedizin & Toxikologie
Direktor: Prof. Dr. Rudolf Tauber

Klinische Toxikologie & Pharmakologie
Leitung: Peggy Kießling

Kontakt
Tel. +49 (30) 40 50 26-800
Fax +49 (30) 40 50 26-651
www.laborberlin.com/toxikologie

Notfall: +49 (151) 422 30 444

DROGENSCREENING IM URIN

Hier
Barcode
kleben

Probennahme am: um:.....

- Massenspektrometrische Bestätigung des positiven Testergebnisses

Medizinischer Drogentest

Opiate /6-MAM*	Benzodiazepine*
Kokain-Met.*	Methadon-Met.(EDDP)*
Cannabinoide (THC)*	

Vollzuglicher Abstinenznachweis

Opiate /6-MAM*	Cannabinoide (THC)*
Kokain-Met.*	Benzodiazepine*

Einzelanforderungen (Bitte gewünschte Untersuchung(en) markieren!)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Opiate / 6-MAM* | <input type="checkbox"/> Methadon (EDDP)* | <input type="checkbox"/> GHB |
| <input type="checkbox"/> Kokain* | <input type="checkbox"/> Buprenorphin* | <input type="checkbox"/> Tilidin |
| <input type="checkbox"/> Cannabinoide (THC)* | <input type="checkbox"/> LSD* | <input type="checkbox"/> Tramadol |
| <input type="checkbox"/> Amphetamine* | <input type="checkbox"/> Ethylglucuronid (ETG)* | <input type="checkbox"/> Synthet. Cannabinoide |
| <input type="checkbox"/> Barbiturate* | | |
| <input type="checkbox"/> Benzodiazepine* | | |

** Immunologischer Test
Für weitere Nachweise informieren Sie sich
bitte ggf. unter www.laborberlin.com!*

Klinische Symptome, Anmerkungen, Fragestellungen:

angefordert durch _____ Datum _____ Unterschrift _____