

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Abnahmedatum	Abnahmezeit	Geschlecht
T T M M J J	h h m m	W M

Drogen / Betäubungsmittel im Urin

<p>Immunologisches Screening</p> <p><input type="checkbox"/> Profil 1 Amphetamine (incl. Methamphetamin und Ecstasy) Barbiturate Benzodiazepine Cannabinoide Kokain-Metabolit Methadon-Metabolit EDDP Opiate</p> <p><input type="checkbox"/> Profil 2 Amphetamine (incl. Methamphetamin und Ecstasy) Benzodiazepine Kokain-Metabolit Methadon-Metabolit EDDP Opiate</p>	<p><input type="checkbox"/> Amphetamine (incl. Methamphetamin und Ecstasy)</p> <p><input type="checkbox"/> Barbiturate</p> <p><input type="checkbox"/> Benzodiazepine</p> <p><input type="checkbox"/> Cannabinoide</p> <p><input type="checkbox"/> Kokain-Metabolit</p> <p><input type="checkbox"/> Methadon-Metabolit EDDP</p> <p><input type="checkbox"/> Opiate</p> <p><input type="checkbox"/> Phencyclidin (PCP)</p> <p><input type="checkbox"/> LSD (Lysergsäurediethylamid)</p> <p><input type="checkbox"/> TCA (trizyklische Antidepressiva)</p>	<p>Bestätigungsuntersuchungen mittels LC-MS / GC-MS</p> <p><input type="checkbox"/> Bestätigungsanalyse bei positivem Screening-Befund</p> <p><input type="checkbox"/> Differenzierung Benzodiazepine bei positivem Screening-Befund</p> <p><input type="checkbox"/> Differenzierung Opiate bei positivem Screening-Befund</p> <p><input type="checkbox"/> ...</p> <p>Einzelsubstanzbestimmung mittels LC-MS / GC-MS</p> <p><input type="checkbox"/> Buprenorphin (Differenzierung insbes. zur Therapiekontrolle)</p> <p><input type="checkbox"/> Zopiclon</p> <p><input type="checkbox"/> ...</p> <p><input type="checkbox"/> Alkoholmarker: Ethylglucuronid (EtG) Screening</p> <p><input type="checkbox"/> EtG Bestätigungsanalyse bei positivem Screening-Befund</p>
--	--	---

Feld für Labor-Auftragsnummer

Erklärung für durch Privatpersonen beauftragte Leistungen: Mir ist bekannt, dass ich die von mir beauftragten Leistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe, da diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen gehören. Mit der Abrechnung nach GOÄ durch das Labor Lademannbogen - auch für die Privatleistung - erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe.



Einsender:

Kassen-Überweisungsschein: ja nein

Bitte J E D E S Probengefäß mit je einem Etikett versehen!

Unterschrift