

Kostenträger / Station	
Name, Vorname des Patienten	
	geb. am



LABOR LADEMANNBOGEN
MEDIZINISCHE EXPERTISE

Labor Lademannbogen MVZ GmbH
 Professor-Rüdiger- Arndt-Haus
 Lademannbogen 61-63 Tel.: (040) 53805 0
 22339 Hamburg www.labor-lademannbogen.de

Praxis/Klinik-Stempel:

sofern bekannt: Einsender-Nr.:

Bitte teilen Sie uns bei Ihrer ersten Einsendung Ihre **Faxnummer zur Befundzustellung** mit:

Medizinische* Drogenanalytik im Haar (IGeL/GoÄ)

*: Die mit diesem Auftragschein anforderbaren Analysen sind für eine MPU u.a. forensisch-toxikologische Zwecke ungeeignet!

Benötigtes Material: 1-2 bleistiftdicke Haarstränge, gebündelt, mindestens 500 mg
 Anleitung zur Haar-Probennahme: auf unserer Homepage unter Download -> Präanalytik

Angaben zur Haarprobe:

Entnahmeort: Hinterkopf anderer Ort, und zwar:

Haar-Gesamtlänge: cm **Haarfarbe:** ggf. Resthaarlänge am Kopf:

Haarbehandlung: keine erkennbar gebleicht koloriert (gefärbt oder getönt)

Beauftragte Analysen:

Ich wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistung. Bei der vorliegenden Indikation ist eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse ausgeschlossen:

<input type="checkbox"/> Ethylglukuronid (EtG)	Zu untersuchende/r Haarabschnitt/e: <input type="checkbox"/> 0-3 cm (EtG: max. 3 cm empfohlen, kolorierte Haare ungeeignet) <input type="checkbox"/> cm ab Kopfhaut
<input type="checkbox"/> Drogen / Betäubungsmittel -Profil Amphetamin, Methamphetamin, MDA, MDMA, MDEA, Benzodiazepine Cannabis: THC, Kokain, Benzoylcgonin, 6-Monoacetylmorphin, Morphin, Codein, Dihydrocodein, Methadon, EDDP	Zu untersuchende/r Haarabschnitt/e: <input type="checkbox"/> 0-3 cm <input type="checkbox"/> 3-6 cm <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> 0-6 cm ab Kopfhaut
<input type="checkbox"/> Einzelsubstanzgruppe / Sonstiges, nur nach vorheriger Rücksprache mit dem Labor:	Zu untersuchende/r Haarabschnitt/e:
Parameter hier eintragen:	Abschnitt cm ab Kopfhaut

Bemerkungen:

Mir ist bekannt, dass ich die von mir gewünschten individuellen Gesundheitsleistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe, da diese Leistungen als Wunschleistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Mit der Abrechnung nach GOÄ durch die beauftragte Laborarzt-Praxis erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe.

Ort, Datum

Unterschrift

