

Name, Vorname, Geburtsdatum 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

Name, Anschrift der Praxis/Klinik (Auftraggeber u. Befund-Empfänger):

sofern bekannt: Einsender-Nr.:

**Bitte beachten Sie:**

**Aufträge von Privatpersonen mit diesem Auftragsformular nehmen wir nicht an, sondern senden sie zusammen mit der Probe zurück. Als Privatperson können Sie Ihre Probe gerne im Labor Lademannbogen entnehmen lassen. Terminvereinbarung unter 040 / 53805-679.**

**Medizinische\* Drogenanalytik im Haar**

\*: Die mit diesem Auftragschein anforderbaren Analysen sind nicht für eine MPU u.a. forensisch-toxikologische Zwecke geeignet. Bitte kontaktieren Sie ggf. unsere Forensische Toxikologie unter 040 / 53805-679, um andere Auftragscheine zu erhalten.

**Benötigtes Material:** 2 bleistiftdicke Haarstränge, gebündelt, mit Kennzeichnung der Kopfseite  
 Anleitung zur Haar-Probennahme: auf unserer Homepage unter Download -> Präanalytik

**Pflichtangaben zur Probengewinnung:**

**Zeitpunkt der Probengewinnung (Datum):** ..... **Durchführung (Name):** .....

**Entnahmeort:**  Hinterkopf  anderer Ort, und zwar: .....

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

**Haarbehandlung:**  keine erkennbar  gebleicht  koloriert (gefärbt oder getönt)

**Beauftragte Analysen:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Alkoholmarker Ethylglukuronid (EtG)</b>  | Zu untersuchender Haarabschnitt:<br><input type="checkbox"/> 0-3 cm (max. 3 cm werden analysiert, kolorierte Haare ungeeignet) ab Kopfhaut  |
| <input type="checkbox"/> <b>Drogen / Medikamente -Profil</b> (Fremdlaborleistung)<br>Die Analyse beinhaltet:<br>Amphetamin, Methamphetamin, MDA, MDMA, MDEA,<br>Benzodiazepine (Diazepam, Nordiazepam, Oxazepam,<br>Alprazolam, Bromazepam, Flunitrazepam, 7-Amino-<br>-Flunitrazepam, Lorazepam),<br>Cannabis (THC), Kokain, 6-Monoacetylmorphin, Morphin,<br>Codein, Dihydrocodein, Methadon | Zu untersuchende/r Haarabschnitt/e:<br><input type="checkbox"/> 0-3 cm<br><input type="checkbox"/> 3-6 cm <i>Hinweis: Jeder untersuchte</i><br><input type="checkbox"/> 0-6 cm <i>Abschnitt ist eine separat</i><br>ab Kopfhaut <i>zu bezahlende Analyse.</i><br><input type="checkbox"/> ..... cm<br>ab Kopfhaut |

**Erklärung des Patienten:** Mir ist bekannt, dass ich die oben beauftragten Analysen privat zu bezahlen habe, da diese Leistungen keine medizinisch-diagnostischen Leistungen sind bzw. als Wunschleistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen gehören. Mir ist bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen bzw. privaten Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

**Erklärung des Auftraggebers:** Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben zur Probengewinnung und zum Patienten und beauftrage die Durchführung der oben angekreuzten Analysen. Die Probengewinnung erfolgte in meiner/unserer Praxis/Klinik.

Ort, Datum

Unterschrift Praxis/Klinik (Auftraggeber)