

## Haaranalyse

Externe Anforderung für Führerschein | Bewährung | Privat

<b>Anrede</b> <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		<b>FTC-Nr.</b>
<b>Nachname</b>		<b>Eingang</b>
<b>Vorname</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Straße, Haus-Nr.</b>		
<b>PLZ, Wohnort</b>		<b>AZ</b>
<b>Auftraggeber (Name, Anschrift)</b> (= Rechnungs- und Befundempfänger)		<b>Kopie des Befundes an</b> (Name, Anschrift)
		<b>Externe Probenahme</b> (entnommen und eingereicht von)
<b>Identifikation</b>		<b>Untersuchungsgrund</b>
<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Führerschein <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Fahreignung <input type="checkbox"/> Bewährungsauflage <input type="checkbox"/> Privat Sonstiges
<b>Ausweis #</b>		
<b>Probenahme</b>		Datum der Probenahme Entnommen durch Unterschrift
<b>Haarsegmentierung und Anforderung</b>		Verbliebene Restlänge <input type="checkbox"/> 1-2 mm <input type="checkbox"/>
Der Proband beantragt die Untersuchung eines hautnahen Haarsegments von    cm Länge.		
<input type="checkbox"/> Betäubungsmittel nach CTU Kriterien (wurzelnah max. 6 cm) <input type="checkbox"/> Betäubungsmittel inkl. Opioide, nach CTU Kriterien (wurzelnah max. 6 cm) <input type="checkbox"/> Ethylglucuronid (Alkoholabbauprodukt) nach CTU Kriterien (wurzelnah max. 3 cm) <input type="checkbox"/> Andere Substanzen		
<b>Haarbehandlung</b>		<input type="checkbox"/> Kopfhaar <input type="checkbox"/> Brusthaar <input type="checkbox"/> Achselhaar <input type="checkbox"/> Barthaar <input type="checkbox"/> Schamhaar
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> gefärbt <input type="checkbox"/> getönt <input type="checkbox"/> gebleicht <input type="checkbox"/> Ansatz sichtbar <input type="checkbox"/> Strähnen		Zugehörig <input type="checkbox"/> Urinprobe(n) <input type="checkbox"/> Blutprobe(n) Wann?    FTC#
Wann?		
<b>Einnahme von Medikamenten</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<b>Letzter Konsum</b> <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen
Was?    Wann?    Wieviel?		Was?    Wann?    Wieviel?

Datum, Unterschrift des Probanden