

## Haaranalyse

Anforderung für Polizei | Staatsanwaltschaft | Gericht

Anrede <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau		FTC-Nr.
Nachname	Eingang	
Vorname		
Geburtsdatum		
AZ-Polizei		
AZ-Staatsanw.		
Auftraggeber (Name, Anschrift) (= Rechnungs- und Befundempfänger)	Kopie des Befundes an (Name, Anschrift)	Probenahme (entnommen und eingereicht von)
<b>Untersuchungsgrund</b>	Datum des Vorfalls: <input type="text"/>	Datum der Probenahme: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Verstoß gegen BTMG <input type="checkbox"/> anderes Delikt <input type="checkbox"/> Opfer (KO-Mittel-Beibringung) <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Festnahme Datum der Festnahme / Haftantritt: <input type="text"/>	Verbliebene Restlänge <input type="checkbox"/> 1-2 mm <input type="checkbox"/> <input type="text"/> mm
<input type="checkbox"/> Kopfhaar <input type="checkbox"/> Brusthaar <input type="checkbox"/> Barthaar <input type="checkbox"/> Schamhaar <input type="checkbox"/> Achselhaar <input type="checkbox"/> <input type="text"/>		
<b>Untersuchungsanforderung</b>		
<input type="checkbox"/> Übersichtsanalyse BTM, Substitutionsmittel, Missbrauchsmedikamente  <input type="checkbox"/> umfassendes Screening auf zentralwirksame Drogen und Medikamente (KO-Mittel, Medikamentenmissbrauch)  <input type="checkbox"/> Ethylglucuronid (EtG) (Alkoholabbauprodukt)  <input type="checkbox"/> Ethylglucuronid (EtG) + Fettsäureethylester (FSEE)	<input type="checkbox"/> Cannabismetabolite  <input type="checkbox"/> Synthetische Cannabinoide "Spice"  <input type="checkbox"/> Moderne Designerdrogen "Badesalze"  <input type="checkbox"/> Sonstige Substanzen: <input type="text"/>	<b>Haarbehandlung</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> gefärbt / getönt <input type="checkbox"/> gebleicht / Strähnen <input type="checkbox"/> Ansatz sichtbar  Wann? <input type="text"/>  Zugehörig <input type="checkbox"/> Urinprobe(n) <input type="checkbox"/> Blutprobe(n)  FTC# <input type="text"/>
<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? <input type="text"/>	Wann? <input type="text"/>	Wieviel? <input type="text"/>
Entnommen durch <input type="text"/>		Datum, Unterschrift: <input type="text"/>