

ANFORDERUNG HAARUNTERSUCHUNG

V 1.2; 140408

EINSENDER

Behörde/Praxis: _____

Abteilung: _____	Geschäftszahl: _____
------------------	----------------------

Adresse: _____

Name und Telefonnummer des/der für die Einsendung Verantwortlichen: _____

PROBAND/IN

Name: _____	Geburtsdatum: _____
-------------	---------------------

Adresse: _____	Laufende Medikation: _____
----------------	----------------------------

Identitätsnachweis (Ausweisart, Nr.): _____

KOSTENÜBERNAHME: **PROBAND/IN (Vorauskasse!)** **EINSENDER (bei Privaten nur gegen Vorauskasse!)**

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG Bei Fragen hinsichtlich Probenmenge, Kosten, o. a. wird um Rücksprache ersucht.

- FAHREIGNUNG SUCHTMITTEL** (Kopfhaar 0-6 cm entsprechend ca. 6 Monaten Beobachtungszeitraum)
- FAHREIGNUNG ALKOHOL** (Ethylglucuronid, Kopfhaar 0-3 cm entsprechend ca. 3 Monaten Beobachtungszeitraum)
- „K.O.-Mittel“ – Datum des Vorfalls: _____
- Sonstiges (Fragestellung, Untersuchungsumfang): _____

PROBENMATERIAL

Kopfhaar-Hinterhaupt; Kopfhaar-andere Entnahmestelle: _____; Körperhaar: _____

Nach der Probenahme verbliebene Resthaarlänge: weniger als 0,3 cm; ca. _____ cm

Haarbehandlung (lt. Angabe Proband/in): keine; gebleicht; gefärbt; sonstige: _____

Der/die Proband/in erklärt sich einverstanden mit der Haarabnahme und der Untersuchung gemäß Auftrag.

Unterschrift: _____

Bei fehlender Unterschrift wird keine Untersuchung durchgeführt.

Der/die Proband/in erklärt sich einverstanden mit der Übermittlung des Gutachtens an den obigen Einsender.

Unterschrift: _____

Nur relevant bei Kostenübernahme durch Proband/in: Bei fehlender Unterschrift wird das Gutachten an den/die Probanden/in übermittelt.

Die Kontrolle des Identitätsnachweises und die Haarprobenahme wurden von mir durchgeführt. Das Probenmaterial wurde unmittelbar nach dessen Gewinnung dem Einflussbereich des/der Probanden/in entzogen.

Haarprobenahme durchgeführt am _____ von _____

Unterschrift & Stempel des/der Durchführers/in der Haarprobenahme: _____