



Formular

Probenahme und Auftrag für Haaruntersuchungen

Personalien	
Name / Vorname	
Geburtsdatum / Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Identitätsüberprüfung	
Haarprobe, Sicherstellung	
Entnahmestelle	<input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Brust <input type="checkbox"/> Bein <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/>
Haarlänge	cm
Stoppellänge	mm (am Kopf verbleibende Stoppeln)
Haarkosmetik, Haarbehandlung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/>
Haarwasser	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Entnahmedatum	
Probenahme durch	
Abteilung, Dienststelle, Institut	
Auftrag, Fragestellung	
Prüfen auf	<input type="checkbox"/> Ethylglucuronid (Alkohol-Marker) <input type="checkbox"/> Drogen-Screening (Opioide, Cocain, etc.) <input type="checkbox"/> Opioide, Schmerzmittel <input type="checkbox"/> Stimulanzien (Cocain, MDMA, Ketamin, etc.) <input type="checkbox"/> Chirale Analyse (Dexamphetamin, Elvanse) <input type="checkbox"/> Cannabis (THC, CBN, CBD) <input type="checkbox"/> Schlafmittel/Hypnotika (Benzo/Z-Subst.) <input type="checkbox"/> Antidepressiva <input type="checkbox"/> Neuroleptika <input type="checkbox"/> GHB <input type="checkbox"/>
Zeitraum (max. 6 Monate)	
Konsum/Dosierung/Beilagen	

Datum/Unterschrift

Video-Anleitung
Probenahme



Asservierungssets können unter obgenannter
Adresse bestellt werden.