

Auftrag zur chemisch-toxikologischen Untersuchung

Institut für Rechtsmedizin Universität Erlangen-Nürnberg Universitätsstr. 22 91054 Erlangen	unser Aktenzeichen: _____ Eingang: _____
Patient/in Name: Geb.-Datum:	
Einsender: Klinik: Datum, Unterschrift: Name in Druckbuchstaben: Station: <input type="checkbox"/> eilig (bitte tel. anmelden 09131/85-22272) <input type="checkbox"/> nicht eilig (> 24 Std.)	
Tel-Nr. bzw. Erreichbarkeit der/s Ansprechpartner/in/s:	
Untersuchungsmaterial: <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Vollblut / Serum <input type="checkbox"/> sonstiges	
Gewünschte Untersuchung: <input type="checkbox"/> Drogenscreening <input type="checkbox"/> Arzneimittelscreening <input type="checkbox"/> Bestätigungsanalyse folgender Analyte: <input type="checkbox"/> Opiate <input type="checkbox"/> Cannabinoide <input type="checkbox"/> Cocain <input type="checkbox"/> Amphetamine/ Designerdrogen <input type="checkbox"/> Bromid <input type="checkbox"/> Sulfonylharnstoffe <input type="checkbox"/> Thiopental/Pentobarbital oder <input type="checkbox"/> sonstige (telefonische Rücksprache erbeten 09131/85-22272)	
Medikation und Therapie vor Probennahme:	
Zeitpunkt der Probennahme: Klinische Symptome, Anamnese: Vermutetes Gift:	