

## Auftragsformular zur Durchführung von Screenings

### Beauftragende Behörde

Institution	
Anschrift	
Ansprechpartner	
Telefon	
E-Mail	
Aktenzeichen <i>(falls vorhanden)</i>	
Kostenübernahme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rechnungsempfänger (falls abw.)	

<input type="checkbox"/> <b>Urin</b>	<input type="checkbox"/> <b>Haare</b>
<input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Drogen + Medikamente <i>(Buprenorphin, Tilidin, Tramadol, Oxycodon, Fentanyl)</i> <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Sonstiges <i>(z.B. Einzelsubstanz):</i> _____ <i>(Weitere Parameter sind ggf. nach Rücksprache möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Drogen  <input type="checkbox"/> Alkohol

Die Kontrollen sollen folgendermaßen durchgeführt werden:

- monatlich     vierteljährlich     zufällig verteilt     siehe Beschluss     müssen negativ sein

Beginn des Kontroll-Zeitraumes	Ende des Kontroll-Zeitraumes	Anzahl der Kontroll-Proben

### Bei folgender Person

Anrede	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Stadt	
E-Mail	
Handynummer	
Telefon <i>(Festnetz)</i>	

\_\_\_\_\_  
 Datum / Unterschrift (Auftraggeber)

\_\_\_\_\_  
 Datum / Unterschrift (Proband/Probandin)\*