



Auftraggeber:

(Stempel)

MVZ Medizinisches Labor Bremen GmbH
Tel.: +49 (0) 421 2072-0
Fax: +49 (0) 421 2072-167
www.mlhb.de

Begleitschein zur Untersuchung einer Haarprobe

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Entnahme-Datum: _____ Ausweis-Nr.: _____

Entnahmestelle: _____
(z. B. Hinterhaupt, Schambereich etc.)

Gesamtlänge der Haare: _____ cm Verbliebene Resthaarlänge am Kopf: _____ mm

Haarfarbe: _____

Probenentnahme wurde durchgeführt von (Name, Vorname): _____

Angeforderte Parameter (bitte ankreuzen):

THC	
Kokain + Metabolit	
Opiate	
Amphetamine / Ecstasy	
Methadon + Metabolit	
Komplettes Screening mit o. g. Parametern	

Benzodiazepine	
Ethylglucuronid	

Synthetische Cannabinoide („Spice“)	
-------------------------------------	--

„ToxTyper“ Medikamenten-Screening	
-----------------------------------	--

Gegebenenfalls kurze Angaben zum Sachverhalt:

_____ Ort Datum Unterschrift des Probanden

Befundempfänger: (unbedingt vom Auftraggeber ausfüllen)

Rechnungsempfänger: (unbedingt vom Auftraggeber ausfüllen)

Bearbeitungs-Nr.: _____

Eingangs-Datum: _____

Bei Entnahme im Labor: Identifizierung durch Ausweis-Nr. und Passbild: ja nein

Stand: Juli 2018