gültig ab 07/2025

Institut für Rechts- und Verkehrsmedizin, Abstinenzprogramm
Voßstraße 2, Geb. 4420, 69115 Heidelberg

E-Mail: abstinenz@med.uni-heidelberg.de **Telefon:** 06221 56-38928 (nur für Behörden) **Fax:** 06221 56-5252

Auftragsformular zur Durchführung von Screenings

Beauftragende Behörde

Institution	
Anschrift	
Ansprechpartner	
Telefon	
E-Mail	
Aktenzeichen *(falls vorhanden)*	
Kostenübernahme	☐ Ja ☐ Nein (Proband/Probandin trägt Kosten selbst)
Rechnungsempfänger (falls abw.)	

Urin	**Haare**
☐ Drogen	☐ Drogen
☐ Drogen + Medikamente *(Buprenorphin, Tilidin, Tramadol, Oxycodon, Fentanyl)*	
☐ Alkohol (EtG)	☐ Alkohol (EtG)
☐ Sonstiges *(z.B. Einzelsubstanz):* _____	
(Weitere Parameter sind ggf. nach Rücksprache möglich)	

Die Kontrollen sollen folgendermaßen durchgeführt werden (Auswahl optional):

☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ zufällig verteilt ☐ siehe Beschluss ☐ müssen negativ sein *

* Die Einbestellungen werden so lange wiederholt bis die beauftragte Probenanzahl erreicht ist.

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

Bei folgender Person

Anrede	☐ Herr ☐ Frau
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Stadt	
E-Mail	
Handynummer	
Telefon *(Festnetz)*	

_____ Datum / Unterschrift (Auftraggeber) **

_____ Datum / Unterschrift (Proband/Probandin) ***

/* Die AGB, den Lageplan und weitere Informationen habe ich der Internetseite (s. QR-Code) entnommen und stimme der Einhaltung und Umsetzung zu.

*** Hiermit erkläre ich mich als Proband(in) mit der Durchführung des Abstinenzprogramms einverstanden. Gleichzeitig entbinde ich das Institut für Rechts- und Verkehrsmedizin Heidelberg von der Schweigepflicht gegenüber der beauftragenden Behörde und dem Rechnungsempfänger, sofern abweichend.