

E-Mail: abstinenz@med.uni-heidelberg.de Telefon: 06221 56-34661 Fax-Nr.: 06221 56-5252

Auftrag zur Durchführung eines Abstinenz-Kontrollprogramms - Privatperson -

<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Haare
<input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Drogen + EDS (<i>Buprenorphin, Tilidin, Tramadol, Oxycodon, Fentanyl</i>) <input type="checkbox"/> Alkohol (EtG)	<input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Alkohol (EtG)

Bitte **deutlich** in Druckbuchstaben ausfüllen

Proband / Probandin (=Befundempfänger)			
Anrede	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		
Nachname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Stadt			
E-Mail			
Handynummer		Festnetz	
Ladung per:	<input type="checkbox"/> per E-Mail oder <input type="checkbox"/> per Telefon		
Beginn des Kontrollzeitraums	Ende des Kontrollzeitraums	Anzahl der Kontrollproben	

Bitte **kreuzen Sie eine der folgenden Optionen an:**

- Führerscheingelegenheiten (z.B. MPU/auf Anraten des Anwalts/MPU-Beraters):**
 Das Programm soll auf Grundlage der aktuell geltenden Auflage von „Urteilsbildung in der Fahreignungsbegutachtung – Beurteilungskriterien“ erfolgen.
- Sonstige Angelegenheit (z.B. für eine Auflage durch eine Behörde):**
 Das Programm ist nicht für Führerscheingelegenheiten vorgesehen und verwertbar.
 Mit meiner Unterschrift entbinde ich das Institut für Rechts- und Verkehrsmedizin in Heidelberg gegenüber der beauftragenden Behörde von der Schweigepflicht.
Hinweis: Bitte legen Sie ggf. den Beschluss/die Auflage der Behörde bei.

Beauftragende Behörde:	Falls vorhanden bitte das Aktenzeichen angeben:
------------------------	---

Hiermit beauftrage ich das Institut für Rechts- und Verkehrsmedizin in Heidelberg das Abstinenzprogramm innerhalb des von mir gewünschten Kontrollzeitraums und der genannten Probenanzahl durchzuführen.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die Nichteinhaltung der „Allgemeine Informationen und Bedingungen für Abstinenz-Kontrollprogramme“ zur Nichtverwertbarkeit der Befunde und zum Abbruch der Auftragsbearbeitung führen kann.

 Datum / Unterschrift (Auftraggeber)