

## Auftrag zur Durchführung eines Abstinenz-Kontrollprogramms - Privatperson -

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Urin</b><br><input type="checkbox"/> Drogen<br><input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> <b>Haare</b><br><input type="checkbox"/> Drogen<br><input type="checkbox"/> Alkohol |
|---|--|

*(Weitere Parameter sind nur nach vorheriger Rücksprache möglich)*

**Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen**

<b>Proband / Probandin (=Befundempfänger)</b>	
Anrede	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Stadt	
E-Mail	
Handynummer	
Telefon ( <i>Festnetz</i> )	
Ich wünsche die Einbestellung:	<input type="checkbox"/> per E-Mail <b>oder</b> <input type="checkbox"/> per Telefon

Hiermit beauftrage ich das Institut für Rechts- und Verkehrsmedizin, mich gemäß den geltenden Beurteilungskriterien, kurzfristig und unvorhersehbar zur Urin und/oder Haarentnahme zu laden und diese Proben anschließend in dem nach DIN ISO/IEC 17025 akkreditierten forensisch-toxikologischen Labor des Instituts zu untersuchen.

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

Die allgemeinen Informationen und Bedingungen der Abstinenzprogramme habe ich gelesen und verstanden. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die Nichteinhaltung der Bedingungen zur Nichtverwertbarkeit der Befunde und zum Abbruch der Auftragsbearbeitung führen kann.

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