

**LVR-Klinik Viersen
Apotheke
Horionstr. 2
D-41749 Viersen**

Tel.: 02162 / 96 - 3352 <> Fax: 02162 / 96 - 3351
Dienstzeiten: Mo - Fr 8.00 - 16.00 Uhr



**Von der Apotheke
auszufüllen !!**
Eingangsdatum:

Probennummer:

Einsender:

Patientenetikett (auch auf Durchschlag !!) oder

Name

GC/MS

Vorname

HPLC

Geburtsdatum

Immunologie

Klinik / Station / Kostenstelle / Praxis / Kostenträger

Datum, Unterschrift **Ärztin / Arzt**

**Wichtiger Hinweis: Unzureichend oder fehlerhaft
beschriftetes Probenmaterial kann nicht bearbeitet werden.**

Untersuchung auf Arznei- und Suchtstoffe aus Urin

Grund der Anforderung Drogenscreening: Neuaufnahme
 Kontrolluntersuchung
 Compliance-Kontrolle

Zeitpunkt der Urinabnahme:

(Datum / Uhrzeit)

Medikation / Konsumverhalten der letzten 14 Tage:

(Bitte die Namen aller Medikamente / Drogen auflisten)

gewünschte Untersuchung:

Ergebnismitteilung vorab erwünscht: Tel. _____ / _____ Fax _____ / _____

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------|---|
| 1. Routinediagnostik: | <input type="radio"/> Amphetamine | 2. Spez. Fragestellungen: | <input type="radio"/> Ethylglucuronid (ETG) |
| | <input type="radio"/> Benzodiazepine | | <input type="radio"/> _____ |
| | <input type="radio"/> Cannabis | | <input type="radio"/> _____ |
| | <input type="radio"/> Cocain | | <input type="radio"/> _____ |
| | <input type="radio"/> Opiate | | <input type="radio"/> _____ |
| | <input type="radio"/> Methadon | | <input type="radio"/> _____ |

Ergebnis: (nur von der Apotheke auszufüllen)

Creatininwert [mmol/l]: _____

Nachgewiesene Substanzen:

Der "cut off" ist in Klammern angegeben

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------|-------|----------------------------|
| Amphetamine (500 ng / ml) | <input type="radio"/> pos. | _____ | <input type="radio"/> neg. |
| Benzodiazepine (200 ng / ml) | <input type="radio"/> pos. | _____ | <input type="radio"/> neg. |
| Cannabis (50 ng / ml) | <input type="radio"/> pos. | _____ | <input type="radio"/> neg. |
| Cocain (300 ng / ml) | <input type="radio"/> pos. | _____ | <input type="radio"/> neg. |
| Opiate (300 ng / ml) | <input type="radio"/> pos. | _____ | <input type="radio"/> neg. |
| Methadon-Metabolit (100 ng / ml) | <input type="radio"/> pos. | _____ | <input type="radio"/> neg. |
| Antidepressiva (trizykl.) | <input type="radio"/> pos. | _____ | <input type="radio"/> neg. |
| Buprenorphin (5 ng / ml) | <input type="radio"/> pos. | _____ | <input type="radio"/> neg. |
| Ethylglucuronid (300 ng/ml) | <input type="radio"/> pos. | _____ | <input type="radio"/> neg. |
| Sonstiges / spez. Fragen | <input type="radio"/> pos. | _____ | <input type="radio"/> neg. |
| | <input type="radio"/> pos. | _____ | <input type="radio"/> neg. |

Nachgewiesene Begleitmedikation: _____

Kommentar: _____

Datum / Unterschrift **Apotheker / -in** : J. Sawazki / L. Schaaf / T. Todeskino

T. Todeskino ☎ 02162 / 96 - 3350

L. Schaaf, ☎ 02162 / 96 - 3352