



**Institut für Klinische Chemie des Universitätsklinikums Köln**  
**Formblatt für Anforderung der Bestätigung eines positiven Ergebnisses**  
**im Drogenscreen durch die Rechtsmedizin**  
**FB-ZL-132/B**

Datum: 04.11.2009

Seite 1 von 1

Institut für Klinische Chemie  
LFI-Gebäude Ebene 3  
Kerpenerstr. 62  
50924 Köln  
Tel.: 478-4459, Fax: 478-5287, Funk Dienstarzt: 1056

Station:

Telefon-Nr.:

Datum:

**Patienten-Etikett:**

Name:.....
Vorname:.....
Geburtsdatum:.....

Auftragsnummer:

Auftragsdatum:

**Drogennachweis:**

(nachgewiesenen Analyten, der bestätigt werden soll, bitte ankreuzen)

Amphetamine	
Kokain	
Cannabinoide	
Benzodiazepine	
Trizyklische Antidepressiva	
Barbiturate	
Metamphetamine	
Morphin/ Opiate	
Methadon	
Ecstasy	

Name des anfordernden Arztes, Funk-Nr.

Unterschrift des anfordernden Arztes