

Auftragsformular zur Durchführung von Screenings

Beauftragende Behörde

Institution	
Anschrift	
Ansprechpartner	
Telefon	
E-Mail	
Aktenzeichen <i>(falls vorhanden)</i>	
Kostenübernahme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rechnungsempfänger <i>(falls abweichend)</i>	

<input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Drogen + Medikamente <i>(Buprenorphin, Tilidin, Tramadol, Oxycodon, Fentanyl)</i> <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Sonstiges <i>(z.B. Einzelsubstanz):</i> _____ <i>(Weitere Parameter sind ggf. nach Rücksprache möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Haare <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Alkohol
--	--

Die Kontrollen sollen folgendermaßen durchgeführt werden:

- monatlich
 vierteljährlich
 zufällig verteilt
 siehe Beschluss
 müssen negativ sein

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

Bei folgender Person

Anrede	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Stadt	
E-Mail	
Handynummer	
Telefon <i>(Festnetz)</i>	

 Datum / Unterschrift (Auftraggeber)

 Datum / Unterschrift (Proband/Probandin)*

* Hiermit erkläre ich mich als Proband / Probandin mit der Durchführung des Abstinenzprogramms einverstanden.