Kostenträger / Station

Name, Vorname des Patienten

geb. am

MEDIZINISCHES LABOR NORD

MVZ Medizinisches Labor Nord MLN GmbH
Essener Straße 108 Tel.: (040) 53805 0
22419 Hamburg www.mln.de

Praxis/Klinik-Stempel oder Angabe in Druckbuchstaben:

sofern bekannt: Einsender-Nr.:

Bitte teilen Sie uns bei Ihrer ersten Einsendung Ihre **Faxnummer zur Befundzustellung** mit:

_____

Medizinische* **Drogenanalytik im Urin / Speichel / Blut** (IGeL/GoÄ)

*: Die mit diesem Auftragsschein anforderbaren Analysen sind für eine MPU u.a. forensisch-toxikologische Zwecke ungeeignet! Zur Verwendung des Ruma-Markers ist dieser Schein ungeeignet. Bitte kontaktieren Sie uns bei Bedarf unter 040 / 53805-804.

Angaben zum eingesandten Material:

☐ Urin ☐ Speichel: Abnahmesystem: .....

☐ Serum ☐ EDTA-Plasma ☐ Li-Heparin-Plasma

☐ Kapillarblut (K): Abnahmesystem: .....

☐ Dried Blood Spot / Trockenblutkarte (DBS)

Urin:

- stets inkl. Kreatinin, Sample-Check, pH-Wert -

- ☐ **Immunoassays: Profil**
  - ☐ 1 Amphetamine
  - ☐ 2 Benzodiazepine
  - ☐ 3 Cannabinoide
  - ☐ 4 Kokain-Metabolit
  - ☐ 5 Opiate und Opioide
  - ☐ 6 Methadon-Metabolit
- ☐ 7 Ethylglukuronid

☐ **a) Bestätigung wenn Screening positiv**

oder

☐ b) keine generelle Bestätigung, sondern nur Bestätigung wenn Screening positiv bei
- ☐ Benzodiazepinen (Differenzierung)
- ☐ Opiaten / Opioiden (Differenzierung)
- ☐ Cannabinoiden (Quantifizierung)
- ☐ Ethylglukuronid (Quantifizierung)

chrom. Screening / LCMS:

- ☐ Buprenorphin
- ☐ Oxycodon ☐ Fentanyl
- ☐ Tramadol ☐ Tilidin
- ☐ Pregabalin ☐ Ketamin
- ☐ Phencyclidin ☐ LSD
- ☐ Methaqualon
- ☐ Opioide / -Analgetika
- ☐ Antidepressiva inkl. TCA
- ☐ Neuroleptika
- ☐ Benzodiazepine
- ☐ Z-Drugs: Zopiclon u.a.
- ☐ Cathinone / "Badesalze" *
- ☐ synth. Cannabinoide *

_____

Quantitative LCMS-Analysen:

- ☐ Buprenorphin inkl. Metabolite u. Quotient
- ☐ Benzodiazepine quantitativ
- ☐ THC-Carbonsäure quantitativ
- ☐ Ethylglukuronid EtG quantitativ
- ☐ **Multi-Targetscreening mit LCMS** (Parameter siehe Screening im Speichel)

Urin-Profile Substitutionstherapie:

Immunoloassay-Screening 1-6, Bestätigung bei Beikonsum-Verdacht im Screening, LCMS bei Substitution mit:

- ☐ Methadon / Polamidon
- ☐ Buprenorphin inkl. Suboxon, Buvidal etc.
- ☐ Substitol / Retard-Morphin
- ☐ Diamorphin

Speichel:

- ☐ **Multi-Targetscreening** mit LCMS, Parameter:
  - Amphetamine
  - Benzodiazepine
  - Z-Drugs
  - Kokain + Metabolit
  - Opiate
  - Opioide
  - Methadon + Metabolit
  - Buprenorphin + Metabolit
  - Pregabalin
- ☐ Buprenorphin + Metabol.
- ☐ Methadon + Metabolit
- ☐ Cannabis: THC, CBD

_____

_____

Speichel-Profile Substitution:

Speichel-Multi-Targetscreening, LCMS bei Substitution mit:

- ☐ Methadon / Polamidon
- ☐ Buprenorphin
- ☐ Substitol / Retard-Morphin
- ☐ Diamorphin

Serum / Plasma:

- ☐ **Multi-Targetscreening** mit LCMS (Parameter wie Speichel)
- ☐ Buprenorphin + Metabolit
- ☐ Methadon + Metabolit
- ☐ Cannabis: THC+Metab. LCMS *
- ☐ Ethylglukuronid

_____

_____

Kapillarblut (K) / DBS:

- ☐ **Multi-Targetscreening (K)** mit LCMS (Parameter wie Speichel)
- ☐ Phosphatidylethanol PEth (DBS)* (nur Abnahme-Sets für PEth geeignet)

_____

_____

Kap.-blut-Profile Substitution:

Kapillarblut-Multi-Targetscreening, LCMS bei Substitution mit:

- ☐ Methadon / Polamidon
- ☐ Buprenorphin
- ☐ Substitol / Retard-Morphin
- ☐ Diamorphin

Bemerkungen:

Mir ist bekannt, dass ich die von mir gewünschten individuellen Gesundheitsleistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe, da diese Leistungen als Wunschleistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Mit der Abrechnung nach GOÄ durch die beauftragte Laborarzt-Praxis erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe.

*: Fremdlaborleistung

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift