

Anmeldung zur toxikologischen Untersuchung im Klinikum Bremen Mitte

Bitte senden an:

 0421 497-1995601 oder  KBM.Toxikologie@Klinikum-Bremen-Mitte.de

Kontaktdaten Behörde / AuftraggeberIn (Signatur):

Datum:

Notfall	Erstvorstellung	Wiedervorstellung
---------	-----------------	-------------------

Untersuchungsauftrag für:

Anrede: **Name, Vorname:**

Geburtsdatum: **Handynummer:**

Gehört zu (Partner / Familie):

Adresse bei schriftlicher Einladung:

Probenmaterial: (ungefärbte) Haare Urin Blut (nur bei Alkohol)

Untersuchungsart: Drogen Alkohol Medikamente:
GUS (General-Unknown-Screening) Rücksprache erforderlich

Untersuchungsumfang: einmalig wöchentlich monatlich sonstiges:

Bei Urinscreening: | mal Untersuchungen bis zum: (Datum)

Sonstige Hinweise: pos. Voruntersuchung:
Opiatabhängigkeit / Substitution Schwangerschaft / Stillzeit

Weitere Personen der Familie mit gleichem Untersuchungsauftrag:

Anrede	Name	Vorname	Geburtsdatum	Handynummer	Hinweise

Hinweise:

Bei Fragen erreichen Sie uns unter 0421 497-79820