

unsere Labor-Nr.:

Eingangsdatum:



Prof. Dr. rer. nat. V. Auwärter

Albertstr. 9

79104 Freiburg

Telefon: 0761 270-81801 oder 270-81888

Telefax: 0761 270-81811

## Haarabnahmeprotokoll und Untersuchungsauftrag

Einsendende Stelle	Rechnung an	Gutachten an
Station/Dienststelle:    Telefon: Telefax:	<input type="checkbox"/> wie Einsender	<input type="checkbox"/> wie Einsender

### Personalien

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

### Untersuchungsmaterial

Haarabnahme (Datum): \_\_\_\_\_ Haarlänge (cm): \_\_\_\_\_

Probenidentifikations-Nr.: \_\_\_\_\_ Haarfarbe: \_\_\_\_\_

Haarart:  Kopfhaar  \_\_\_\_\_ An der Haut verbliebene Resthaarlänge (mm): \_\_\_\_\_

Gewünschter Untersuchungszeitraum (1 cm Haarlänge = 1 Monat): \_\_\_\_\_

### Wurden die Haare innerhalb des gewünschten Untersuchungszeitraums

**coloriert** (Färbung/Tönung)?  nein  ja, am \_\_\_\_\_ **gebleicht/gestrahlt**?  nein  ja, am \_\_\_\_\_

Wenn ja: Welche ist die natürliche Haarfarbe? \_\_\_\_\_

**sonstige Haarbehandlung** (Dauerwelle, Glättung, ...)?  nein  ja, am \_\_\_\_\_

**auf wenige mm geschnitten oder rasiert**?  nein  ja, am \_\_\_\_\_

### Untersuchungsauftrag

- Polytoxikologisches Drogenscreening<sup>1</sup>  
(Amphetamine, Opiate, Cannabinoide, Kokain/-metaboliten, Benzodiazepine, Methadon)
- Amphetamine<sup>1</sup>
- Opiate<sup>1</sup>
- Cannabinoide (THC, CBD, CBN)<sup>1</sup>
- Kokain/-metaboliten<sup>1</sup>
- Ethylglucuronid (Alkoholabbauprodukt)<sup>2</sup>
- Sonstige: \_\_\_\_\_

### Neue psychoaktive Substanzen (NPS)

- Synthetische Cannabinoide ("Spice")
- Designerstimulanzien ("Badesalze")
- Halluzinogene/Designerhalluzinogene
- Opiode inkl. Designer-Opiode und Fentanyl
- Benzodiazepine inkl. Designer-Benzodiazepine

<sup>1</sup> ggf. Untersuchung durch SYNLAB Weiden, Zur Kesselschmiede 4, 92637 Weiden

<sup>2</sup> Untersuchung durch MVZ Labor Enders, Rosenbergstr. 85, 70193 Stuttgart

### Fallbeschreibung, Bemerkung, Angaben zu Einnahme von Drogen/Medikamenten

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift und Stempel \_\_\_\_\_

Der Einsender ist mit der Übermittlung von vereinfachten Prüfberichten (ohne Angabe von Versionsnummern und Titel der Verfahrensanweisungen) einverstanden. Diese Informationen sind jederzeit im Institut verfügbar.

Das Auftragsformular finden Sie auf der Homepage des Instituts für Rechtsmedizin Freiburg oder unter folgendem Link:

[https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/10\\_andere/formulare/pdf/Institut\\_für\\_Rechtsmedizin/60176326-Haarabnahmeprotokoll-und-Untersuchungsauftrag.pdf](https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/10_andere/formulare/pdf/Institut_für_Rechtsmedizin/60176326-Haarabnahmeprotokoll-und-Untersuchungsauftrag.pdf)



FormManFR / 10.02.2025  
60176326