|  |  |
| --- | --- |
| **Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf**  **Institut für Rechtsmedizin**  **Arbeitsbereich Toxikologie N81**  **Butenfeld 34**  **22529 Hamburg** | **Klinische Notfalltoxikologie**  Leitung: PD Dr. rer. nat. S. Iwersen-Bergmann  **(040) 7410-****52134 (Mo-Fr 8:00-16:30 Uhr)**  **(040) 7410-52127 (außerhalb der Dienstzeit)**  www.uke.de/Rechtsmedizin |
| Patientenaufkleber | Probeneingang:  interne Labornummer:  Untersuchungsmaterial   * Blut * Urin * Sonstiges (auf Anfrage):\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Probenentnahme  am**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  um: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN!**

Name des **Krankenhauses**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name d. auftraggebenden/-r **Arztes/Ärztin**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Telefonnummer** für Rückfragen/Befundmitteilung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Faxnummer** für Befundmitteilung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anforderung:**

* **Immunchemisches Screening** (Amphetamine/Ecstasy, Barbiturate, Benzodiazepine, Cannabinoide, Cocain-Abbauprodukte, Ethanol, Methadon, Opiate, Trizyklische Antidepressiva)
* **weiterführende Untersuchung** mittels GC/MS und/oder LC/MS-MS
* **Paracetamol** (mind. **4 Stunden** zwischen Tabletteneinnahme und Blutentnahme beachten!)
* **Ethylenglykol/Diethylenglykol** (“Frostschutzmittel”) **(nur nach tel. Rücksprache)**
* **Methanol (nur nach tel. Rücksprache)**
* **Amanitin** (URIN, **nur nach tel. Rücksprache**)
* **Sonstige Analyten** (auf Anfrage):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**weitere Angaben zum Fall:**

Einnahme von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ggf. Einnahmezeitpunkt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Symptomatik:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name Vorname

Geb.-Datum Fallnummer

Klinik/Station (Anschrift des Privatpatienten)