

**Kontrollprogramm zur
Analytik im Einbestellverfahren**

Sie haben sich freiwillig (z.B. mit Ziel Wiedererlangen Ihrer Fahreignung) entschlossen, Ihre Abstinenz durch chemische Analyse des Urins nachzuweisen.

Bitte beachten Sie bei der Durchführung der Urinkontrollen folgendes:

Notwendigkeit **kurzfristiger unvorhergesehener Terminierung** innerhalb von 24 Stunden nach telefonischer Einbestellung. Es ist deshalb wichtig **uns vorher zu informieren**, wenn Sie z.B. in Urlaub reisen bzw. Montageeinsätze geplant sind.

Alle krankheitsbedingten Verhinderungen müssen ärztlich testiert werden (auch Medikamenteneinnahmen mit Angabe der Substanz und Indikation sowie Zeitdauer).

Ablauf des Kontrollprogramms:

Sie überweisen laut der Ihnen vorliegenden Vereinbarung den unter der Preisliste genannten Gesamtbetrag und senden uns diese drei Dokumente zurück. Füllen Sie zuvor die grün hinterlegten Daten vollständig aus. Wir bieten Ihnen eine variable Anzahl Urinkontrollen innerhalb der nächsten sechs bis zwölf Monate an. Wir informieren Sie kurzfristig telefonisch über Ihre Termine. Bitte trinken Sie in den Stunden vor der Urinabgabe nicht mehr als maximal einen ½ Liter Flüssigkeit. Sollte die Probe „verdünnt“ sein, kann sie nicht verwertet werden. Die Urinabgabe erfolgt unter Aufsicht. Wir bitten um Vorlage des Personalausweises bei jeder Untersuchung.

Bei Drogenanalytik: Keinerlei Konsum von mohnhaltigen Produkten (Mohnbrötchen, Mohnkuchen), da die Aufnahme zu morphinpositiven Befunden führen kann. Keinerlei Konsum von Cannabis-/ Hanfprodukten und Meiden von passiver Aufnahme von konzentriertem Cannabisrauch.

Die Befundabgabe an Sie wird jeweils am Folgetermin durch die medizinische Abteilung durchgeführt. Gerne können Sie einen frankierten und *an Sie* adressierten Briefumschlag mitbringen, sodass Sie den Befund zeitnah nach Hause gesendet bekommen. Die erhobenen Befunde werden ansonsten direkt nach Abschluss aller Untersuchungstermine zusammen als Einzelsendung an Sie weitergeleitet.

Bei Nachfragen sind wir unter folgender Telefonnummer zu erreichen: 02774/9134-0.

Bitte bestätigen Sie jeweils mit einer Unterschrift, dass Sie mit den geschilderten Durchführungsbedingungen einverstanden sind.

Datum

Unterschrift

Die Preise für das Kontrollprogramm entnehmen Sie bitte der unten aufgeführten Preisliste.

Kreuzen Sie das von Ihnen gewünschte Verfahren an und überweisen Sie den genannten **Gesamtbetrag der Einzeltermine** auf das Konto der Klinik Eschenburg. Für den Fall einer Rücküberweisung eines Restbetrages nach Programmabbruch wegen Konsum, geben Sie bitte auch *Ihre Bankverbindung - in Blockschrift - an:

Fachklinik Eschenburg

Verwendungszweck: Name, Einbestellverf.

Kreditinstitut: _____

Kontonummer: _____

BLZ: _____

* Herr / Frau: _____

Kreditinstitut: _____

Kontonummer: _____

BLZ: _____

Nach Zahlungseingang erhalten Sie einen Anruf, der Sie über einen Termin zur Urinabgabe informiert.

Senden Sie diese drei von Ihnen ausgefüllten Formulare zurück.

An:

Medizinische Abteilung
z. H. Herrn L. Schüler / Herr P. Schneider

Klinik Eschenburg
An der Hardt 1-3
35713 Eschenburg - Wissenbach

Alkoholanalytik (Ethylglucuronid)

Je EtG Screening: 55 Euro

Vier Proben in einem halben Jahr: 220 Euro*

Sechs Proben in einem Jahr: 330 Euro*

_____ Proben in _____ = Euro, Anmerk.: _____

Drogenanalytik:

Je Urin-Drogenscreening: 70 Euro

Vier Proben in einem halben Jahr: 280 Euro*

Sechs Proben in einem Jahr: 420 Euro*

_____ Proben in _____ = Euro, Anmerk.: _____

* Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer

Durch Angabe untenstehender persönlicher Daten – in BLOCKSCHRIFT - erklären Sie sich zu einer Terminvereinbarung bereit und gewähren Ihre Erreichbarkeit.



Anmeldung Screening

- Untersuchung auf Alkohol**
- Untersuchung auf Drogen (Substanz: _____)**

• **Name:** _____ • **Straße:** _____

• **Tel.-Nr.:** _____ • **Ort (PLZ):** _____

Festnetz: mit ohne Anrufbeantworter

• **Handy-Nr.:** _____

Mobiltelefon mit ohne Mailbox

• **Ihr Auftraggeber:** _____

Name, Straße, Hausnummer, Postleitzahl Ort

• **Anzahl Untersuchungen:** _____ **Zeitraum:** _____

Von der Klinik Eschenburg auszufüllen:

Abgabe		+	-	Befund	
Nr.	Datum			NEG	POS
I.					
II.					
III.					
IV.					
V.					
VI.					
VII.					
VIII.					

Abmeldung wegen Urlaub/ Krankheit:

- _____ ➤ _____
- _____ ➤ _____

Datum:

Unterschrift