

Datum för upprättande av remiss	Datum för provtagning kl.
Remitterad av	Annan svarsadress
Kundnummer	
Förfrågningar (behandlande läkare/hälsovårdare)	
Namn	Telefonnummer

Uppgifter om den testade

Namn	Personbeteckning
Identitet bekräftad	
<input type="checkbox"/> Körkort <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Identitetskort <input type="checkbox"/> Annat, vad	
<input type="checkbox"/> Provtagning övervakad <input type="checkbox"/> Provtagning inte övervakad	
Medicinering under de senaste två veckorna	
<input type="checkbox"/> Ingen medicinering <input type="checkbox"/> Medicinering (medicinnamn och dosering)	

Begäran om undersökning

Testning om personen är drogpåverkad: <input type="checkbox"/> 99310 B -HuuSo-O
Testning om personen är drogberoende: <input type="checkbox"/> 99310 B -HuuSo-O <input type="checkbox"/> 99300 U -HuuSo-O

Provuppgifter

Urinprov	pH	Temperatur (inom 4 min efter provtagningen)	A- och B-sigilletiketternas kod/koder
Observationer			
Provtagarens underskrift			
Jag försäkrar att provet är representativt, sigillerat och kodat med samma kodnummer som anges i detta formulär. Provet har sigillerats i den testades närvaro.			
Ort och datum		Provtagarens underskrift	

Den testades samtycke och underskrift (den testade fyller i)

Jag samtycker till att bli testad för narkotika och rusmedel. Jag har informerats om testets syfte och innehåll. Jag försäkrar att jag gett mitt prov och jag godkänner provtagningsförfarandet, kodningen av flaskor och sigilleringen. Jag har kontrollerat att kodsiffrorna på flaskan överensstämmer med kodsiffrorna i detta formulär. Jag samtycker till att resultaten levereras konfidentiellt till ovan nämnda svarsadress till yrkespersoner inom hälso- och sjukvården.	
Ort och datum	Den testades underskrift och namnförtydligande