

Datum

.....

Förnamn: Nr(4 sista i perssonnr)

Prover	Sätt kryss	Omfattning (antal provtillfällen/vecka och tidsperiod) :
Amfetamin		Annan kommentar:
Cannabis		
Opiater (morfin, kodein)		
Kokain		
Dextropropoxyfen		
Bensodiazepiner		
Metadon		
Buprenofin (Subutex)		
Tramadol		
Koncentration Cannabis		
Koncentration Benso		
Annat – specificera		
Alkotest		
GHB		
LSD		

Obs! Provsvaran faxas till beställaren om ej annat anges!

Beställare

Namn

Handläggarkod (viktig)

Mott kod: (ännu viktigare)

Enhet och SDF

Tel alt

Fax alt

e-mail

Fakturaadress (ange områdes- och mottagarkod om sådana finns)

.....
.....
.....
.....
.....

Endast för FMNs kommentarer!!

Tacksam för meddelande vid byte av, och/eller om handläggare slutar på SDF!!