

Datum

.....

Förnamn: Nr(4 sista i perssonnr)

Prover	Sätt kryss	Omfattning (antal provtillfällen/vecka och tidsperiod) :
Multisticka – 15 innehåller		Annan kommentar:
Cannabis		
Amfetamin		
Opiater		
Benzodiazepiner		
Subutex		
Tramadol		
Kokain		
Metadon		
Oxikodon		
Fentanyl		
Metylfenidat		
Zolpidem		
Metamfetamin / MDMA		
EtG – Alkohol		
Cannabis - screening		
Extra Stickor		
Spice		
Pregabalin-Lyrica		

Obs! Provsvarerna faxas till beställaren om ej annat anges!

Beställare

Namn

Mott kod: (viktigt!)

Enhet och SDF

Tel alt

Fax alt

e-mail

Fakturaadress (ange områdes- och mottagarkod om sådana finns)

.....

.....

.....

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

Endast för FMNs kommentarer!!