

**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 bei Anmeldung 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 letzten drei Stunden vor der Urinabgabe nicht mehr. Sollte die Probe „verdünnt“ sein, kann sie nicht verwertet werden. Auch ein deutlich erhöhter „Kreatinin Wert“ kann eine Probe nicht analysierbar machen. Dies kann beispielsweise durch den Konsum von Nahrungsergänzungsmitteln zum forcierten Muskelaufbau (Krafttraining) entstehen.

Urinproben die wegen zu starker Verdünnung oder anderer, verdachtserregender Anomalien seitens des Labors abgewiesen werden, müssen zeitnah wiederholt werden und fallen zudem finanziell zu Ihren Lasten (Nachberechnung). Wiederholt auffällige Werte führen, wenn medizinisch nicht anderweitig erklärbar, zum Abbruch des Screenings.

Die Urinabgabe erfolgt bei direkter Anwesenheit eines Mitarbeiters der Klinik unter Aufsicht. Zum sicheren Nachweis Ihrer Identität ist bei jeder Urinabgabe die Vorlage des Personalausweises unabdingbar.

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: Sparkasse Dillenburg

IBAN: DE50516500450000050591

BIC: HELADEF1DIL

* 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:

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

Alkoholanalytik (Ethylglucuronid)

Je ETG Screening: 65,00 Euro

Vier Proben in einem halben Jahr: 260,00 Euro*

Sechs Proben in einem Jahr: 390,00 Euro*

_____ Proben in _____ = Euro, Anmerk.: _____

Drogenanalytik:

Je Urin-Drogenscreening: 80,00 Euro

Vier Proben in einem halben Jahr: 320,00 Euro*

Sechs Proben in einem Jahr: 480,00 Euro*

_____ Proben in _____ = Euro, Anmerk.: _____

* Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer

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



Anmeldung Screening

Untersuchung auf Alkohol

Untersuchung auf Drogen (Substanz: _____)

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Straße, Hausnummer: _____ **PLZ, Ort:** _____

Tel.-Nr.: _____

Festnetz: mit ohne Anrufbeantworter

• **Handy-Nr.:** _____

Mobiltelefon mit ohne Mailbox

Änderungen bei Telefonnummer, Mobilnummer oder Adresse sind schriftlich einzureichen

• **Ihr Auftraggeber:** _____

Name, Straße, Hausnummer, Postleitzahl Ort

Anzahl Untersuchungen: _____ **Zeitraum:** _____

Abmeldung wegen Urlaub/ Krankheit:

➤ _____

➤ _____

➤ _____

➤ _____

Nur obenstehende Urlaubsabwesenheiten können berücksichtigt werden.

Datum

Unterschrift