FMN Göteborg
Tel: 031 128 901

BESTÄLLNING AV DROGTEST

info@fmngoteborg.com

Datum:..... Ärendenummer:.....

Förnamn: ..... Personnr: ..... (fyra sista siffrorna)

Prover	Sätt kryss	Omfattning (antal provtillfällen/vecka och tidsperiod):
Multisticka – 21 substanser		
ACL – Klonazepam		
EDDP - Metadon		
EtG – Alkohol		
FYL – Fentanyl		
BUP – Subutex		
ZOP – Zopiklon		
PGB – Pregabalin/Lyrica		
MPD – Metylfenidat		Annan kommentar:
ZOL – Zolpidem		
GAB – Gabapentin		
MET/MDMA		
LSD – LSD		
OPI – Opiater		
COC – Kokain		
THC – Cannabis		
KET – Ketamin		
TML – Tramadol		
AMP – Amfetamin		
BZO – Bensodiazepiner		
OXY – Oxikodon		
Verifiering av Cannabis		
Spice – Extra provsticka		
Alkoholtest – Utandningsprov		

Beställare:
Namn: .....
Mott kod: ..... (viktigt!)
Enhet: .....
Tel: ..... alt .....
e-mail: .....

Fakturaadress (ange områdes- och mottagarkod om sådan finns)
.....
.....

Endast för FMN:s kommentarer

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

FÖRÄLDRAFÖRENINGEN MOT NARKOTIKA
Fjärde Långgatan 16, 413 27 Göteborg