Merkblatt für Kunden zur Durchführung eines Alkohol- oder Drogenkontrollprogrammes

Name: Vorname: PA-Nummer:

* Der Kunde wurde in einem kostenpflichtigen Arztgespräch am über den Abstinenzzeitraum von Monaten informiert.\* **Über Verkehrspsychologische Themen wurde nicht gesprochen bzw. informiert**. Nachfolgende Punkte wurden erläutert.:
* Der Kunde hat sich in der Beratungsstelle............................................. \*/im Internet\* über seinen Abstinenzzeitraum informiert.
* Verantwortlich für das erfolgreiche Kontrollprogramm ist immer der Auftraggeber, also ..................................................................
* Unsere (MPU-Labor) Tätigkeit unterliegt immer den aktuellen CTU Bestimmungen (aktuell 4. Auflage 2023)

1. Der Kunde benennt eine Telefonnummer und Uhrzeiten, unter der/denen er von 8.00 Uhr bis 20.00 Uhr erreichbar ist. Der Kunde wird aktiv und meldet sich umgehend bei MPU-Labor Niedersachsen, falls Veränderungen eintreten.
2. Der Kunde muss Urlaubszeiten und andere Zeiten, in denen er voraussichtlich NICHT abkömmlich ist (z. B. Montage etc.) oder veränderte Arbeitszeiten 3 Tage vor Beginn anmelden. In dem abschließenden Zertifikat werden die Zeiten dokumentiert und aufgeführt. **Mobil-Nr.: +49 (0) 151 59454168**
3. Bei einem NICHT ENTSCHULDIGT AUSGEFALLENEM TERMIN gilt das Programm als beendet! Ebenso bei NICHTERREICHBARKEIT über 6 Wochen.

4. Medikamenteneinnahme MUSS mit entsprechendem Rezept bzw. Bescheinigung des behandelnden Arztes gemeldet werden.

1. Der Kunde wurde darüber informiert, dass er im Rahmen des Alkoholabstinenzkontrollprogrammes alle alkoholhaltigen Lebensmittel, Medikamente und auch Mundhygienemittel, sowie so genannte alkoholfreie Biere/Weine/Sekt meiden muss. Ebenso sollten in dem Zeitraum **keine Tattoos** gestochen werden, weil u.a. mit med. Alkohol desinfiziert wird.

6. Der Kunde wurde darüber informiert, **dass jeder Drogenkontakt zu vermeide**n ist. Im Rahmen des Drogenkontrollprogrammes

können der Konsum von Mohnsamen, Cannabis- oder Hanfprodukten und auch die Anwesenheit in Räumen mit

Cannabisrauch in der Umgebungsluft Auswirkungen auf die Laborergebnisse haben. Es ist auch auf die Einnahme von

Medikamenten zu achten (Beispiel: Immodium akut) weil Opiate enthalten sind.

7. Die Einbestellung zur Urinabgabe erfolgt max. 24 Stunden vorher. Die Einbestellung zu einer Haaranalyse erfolgt bei Alkohol exakt Tag genau alle 3 Monate; bei Drogenkontrolle alle 6 Monate um exakt ein Abstinenzjahr zu bestimmen. Der Kunde ist darüber informiert, dass bei 30 % der Kunden in der Abstinenzzeit eine zusätzliche Kontrolle (nach Zufallsprinzip) durchgeführt wird (aktuelle CTU 4 Kriterien 2023).

8. Der Kunde ist darüber informiert worden, dass am Tag der Kontrolle ein hoher Konsum von Flüssigkeiten den Kreatinin Wert

beeinflusst und dazu führen kann, dass die entnommene Urinprobe im Labor nicht verwertet werden darf und dies zum

Ausschluss aus dem Kontrollprogramm führen kann. Der Kunde wurde weiter darüber informiert, dass seine Haare während

des Kontrollprogramms nicht gebleicht oder chemisch behandelt werden dürfen.

9. Die Urinabgabe erfolgt unter ärztlicher Aufsicht oder dafür ausgebildetem Personal.

10. Bei Drogenscreenings erfolgt eine polytoxische Bestimmung (Opiate, Methadon, Kokain, Benzodiazepine, Amphetamine,

Cannabinoide).

11. Der Kreatininwert im Urin wird mitbestimmt und in der Endbescheinigung mit aufgeführt.

13. Vor jeder Kontrolle wird ein Identitätsnachweis durch den Pass/Personalausweis durchgeführt und dokumentiert.

14. Die Kosten für die Urinkontrollen und Haaranalysen sind am Abgabetag, noch vor der Laboranalyse zu bezahlen. Ein Abschluss

Zertifikat wird am Ende der Abstinenzzeit erstellt.

15. Bei allen Screenings gelten die Cut-Off-Werte der Beurteilungskriterien für Fahreignungs-Diagnostik 4. Auflage (Stand 2023).

16. Zwischen dem Ende des belegten Abstinenzzeitraums und der MPU dürfen maximal 3 Monate liegen. Die Ausstellung unsers

Zertifikats wird ca. 4 Wochen nach der letzten Kontrolle erfolgen. Dieses Merkblatt ist Bestandteil unserer Bescheinigung.

\*zutreffendes bitte ankreuzen und oder streichen!

Ort, Datum: Braunschweig . . . . . . . . . . . Unterschrift Kunde. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . MPU-Labor NDS . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .