

**Drogtestcertifikatet skickas** per post till den adress  
som den undersökte har uppgett:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Streckkod

Arbetsplats / arbetsgivare: \_\_\_\_\_

**Undersöktes personuppgifter**

Namn: \_\_\_\_\_

Personbeteckning: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-postadress: \_\_\_\_\_

ID-kontroll utförd:    Körkort    Annan ID-handling \_\_\_\_\_

Intag av mediciner under de två senaste veckorna:    Inga läkemedel    Recepten kontrollerade

\_\_\_\_\_

Remitterande läkare eller hälsovårdare: \_\_\_\_\_

**Beställda analyser**

**U-DS6T** (Amfetamin, bentsodiatsepiner,  
buprenorfin, kannabis, kokain, opiater)  
+ certifikat

Annan analys, vilke: (+ certifikat)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Provtagning**

Datum \_\_\_\_\_ Kl. \_\_\_\_\_

Plats \_\_\_\_\_

Temperatur °C \_\_\_\_\_ pH \_\_\_\_\_  
(godkänd 32–38 °C)                      (godkänd 4–10)

Skärskilda anmärkningar (t.ex. intagen vattenmängd):

\_\_\_\_\_

Sigillnummer \_\_\_\_\_

**Den undersöktes samtycke:**

Jag ger mitt samtycke till att drogtesta mitt prov. Jag har fått information om drogsällningens betydelse och innehåll. Jag är också medveten om min rätt att bestrida testresultatet. Jag samtycker härmed till att uppgifter som ingår i intyget avseende drogtest får behandlas av särskilt utsedda personer inom det rekryterande företagens personalfunktion samt inom den enhet i det rekryterande företaget till vilken jag själv har överlämnat testresultatet. (Lag om integritetsskydd i arbetslivet, 759/2004). Jag ger även mitt samtycke till att analysresultaten skickas till hälsovårdspersonalen på den ovannämnda adressen. Provet är fördelat på två rör, slutna och förseglade med sigill i min närvaro. Identifieringsuppgifterna på rören överensstämmer med remissens uppgifter.

Ort: \_\_\_\_\_ Den undersöktes underskrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Förtydligande: \_\_\_\_\_

**Den provtagarens underskrift:**

Provet är fördelat på två rör, slutna och förseglade med sigill i närvaro av testpersonen. Identifieringsuppgifterna på rören överensstämmer med remissens uppgifter.

Ort: \_\_\_\_\_ Den provtagarens underskrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Förtydligande: \_\_\_\_\_