

Ergänzende polizeiliche Feststellungen beim Verdacht des Konsums berauschender Mittel

(Alkohol, Drogen, Medikamente)

Aktenzeichen

Anlage zur Anzeige gegen

1. BL, Venülen-Nr.:

2. BL, Venülen-Nr.:

Name

Vorname

Geb.-Datum

Geschlecht:

m w

Tatzeit (Datum/Uhrzeit)

Uhr

Tatort

Lichtverhältnisse am Anhalteort

Tageslicht Dämmerung Dunkelheit Straßenbeleuchtung Fahrzeuginnenbeleuchtung

Grund des Anhaltens

allgemeine Verkehrskontrolle Verdacht Straftat/Ordnungswidrigkeit Verkehrsunfall

Ergebnis Vortestverfahren: Vortest verweigert Nachtrunk behauptet

Alkoholtest am _____ um _____ Uhr, _____ AAK mg/l, gemessen mit: Dräger Evidential Alkoholvortestgerät

Drogenvortest am _____ um _____ Uhr Speichel Urin

Positiv auf

Amphetamine Methamphetamine Cannabis Kokain Opiate Benzodiazepine Methadon

Wann wurden letztmalig Drogen konsumiert? keine Angaben unmittelbar vor Fahrtantritt 1–2 Stunden vor Fahrtantritt

2–6 Stunden vor Fahrtantritt am Vortag vor Fahrtantritt weiter zurückliegender Tag

Hinweise auf Konsum anderer Drogen oder Medikamente? ja, bitte Stoffe oder Medikamente in der Anzeige angeben!

Nachfolgend werden beispielhaft Indizien aufgeführt, die auf den Konsum von Drogen hinweisen können. Alle Feststellungen, einschließlich möglicher Verhaltensänderungen, sind im Anzeigentext detailliert zu beschreiben.

Fahrweise und Fahrzeugbedienung <input type="checkbox"/> „Schlangenlinien“ Strecke und Abweichungen in der Anzeige angeben <input type="checkbox"/> Geschwindigkeit/Rotlichtverstoß <input type="checkbox"/> unsicheres Schalten <input type="checkbox"/> Abwürgen des Motors <input type="checkbox"/> Aufheulen des Motors	Verhalten am Anhalteort <input type="checkbox"/> distanzlos <input type="checkbox"/> apathisch <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> unangemessen heiter <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> hyperaktiv <input type="checkbox"/> redselig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wechselnde Stimmung	Aussteigen aus dem Fahrzeug <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen <input type="checkbox"/> Festhalten nach dem Aussteigen <input type="checkbox"/> verlangsamte Koordination <input type="checkbox"/> hyperaktiv <input type="checkbox"/>
Gang <input type="checkbox"/> schwankende Körperhaltung <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen Mimik <input type="checkbox"/> Nase hochziehen <input type="checkbox"/> Lippen lecken <input type="checkbox"/> Hautzittern	Verhalten auf der Dienststelle <input type="checkbox"/> distanzlos <input type="checkbox"/> apathisch <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> unangemessen heiter <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> hyperaktiv <input type="checkbox"/> redselig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wechselnde Stimmung	Körperliche Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Unruhe <input type="checkbox"/> Zittern <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Schweißausbruch <input type="checkbox"/> trockener Mund <input type="checkbox"/>
Sprache <input type="checkbox"/> undeutlich <input type="checkbox"/> verlangsamt <input type="checkbox"/> unverständlich <input type="checkbox"/> nicht deutschsprachig, sondern:	Bewusstsein/Aufnahmefähigkeit <input type="checkbox"/> Konzentrationsmangel <input type="checkbox"/> verwirrt/desorientiert <input type="checkbox"/> gestörtes Zeitempfinden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zeitempfindungstest <input type="checkbox"/> gestörtes Zeitempfinden <input type="checkbox"/> ____ Sek. als 30 Sekunden empfunden Pupillenreaktion <input type="checkbox"/> verlangsamt <input type="checkbox"/> fehlend <input type="checkbox"/> pulsierend Prüfreiz: <input type="checkbox"/> Taschenlampe <input type="checkbox"/> Diagnoseleuchte
Finger-Finger-Test <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> gestörte Feinmotorik <input type="checkbox"/> zittrig	Finger-Nase-Test <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> trifft Nasenrücken oder Oberlippe <input type="checkbox"/> zittrig	Augen und Pupillen <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Bindehäute gerötet <input type="checkbox"/> glasig/wässrig <input type="checkbox"/> verkleinert/verengt <input type="checkbox"/> glänzend <input type="checkbox"/> vergrößert/erweitert <input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> Lidflattern

(Name, Amtsbezeichnung, Unterschrift)