

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum



Institut für Medizinische Diagnostik
 Berlin-Potsdam MVZ GbR
 Nicolaistraße 22, 12247 Berlin (Steglitz)
 Tel +49 30 77001-322, Fax -332
 akkreditiert durch DAkkS nach DIN EN ISO 15189



Auftragsnummer des Labors

0069 0048 00

ggf. Kennziffer

Quartal

Geschlecht

Abnahmedatum Abnahmezeit

Befundübermittlung eilt, Nachrichtlich an Telefon Nr. Fax Nr.

Einwilligung nach Datenschutzgesetz (§ 4 ff. BDSG)
 Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und Behandlungsdaten von der Firma Lipke & Lipke elektronisch erhoben, gespeichert und zum Zwecke der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung der Forderung verarbeitet werden.
 Diese Vereinbarung schließt die von meinem behandelnden Arzt veranlassten Laborleistungen außerhalb der Praxis mit ein. Sollten solche Leistungen in Auftrag gegeben werden, erhalte ich eine gesonderte Rechnung.

Vertragsarztstempel / Unterschrift über. Arzt

Unterschrift Patient

Medikamentenspiegelbestimmung / Pharmakogenetik (siehe Rückseite)

Größe _____ (cm) Gewicht _____ (kg) Blutentnahme am _____ um _____ : _____ Uhr

Indikation zur Medikamentenspiegelbestimmung (bitte markieren)

- Therapie-Ersteinstellung
- Kontrolle nach Dosisänderung
- Verlaufskontrolle ohne Nebenwirkungen
- Verlaufskontrolle bei Nebenwirkungen
- Arzneimittelwechselwirkung vermutet
- Kontrolle Patientencompliance
- Medikament ist nicht ausreichend wirksam
- Dosisänderung der Begleitmedikation

Gesamtmedikation am Vortag der Blutentnahme (das zu bestimmende Medikament bitte markieren)

Präparatename/Wirkstoff	Dosis (mg)				Seit wann aktuelle Dosis	Letzte Einnahme	
	morgens	mittags	abends	nachts		Tag	Uhrzeit

- Nichtraucher Raucher
- Nierenfunktion pathologisch verändert? ja Kreatinin erhöht Eiweißausscheidung
- Leberfunktion pathologisch verändert? ja Leberwerte pathologisch
- Sind unerwünschte Arzneimittelwirkungen aufgetreten? ja (bitte nachfolgend angeben)

Bitte beachten Sie auch die Diagnostik auf der Rückseite

Medikamentenabbau und - ausscheidung			
Bitte Medikament einfügen	Indikation (durchzuführende Analytik)		
	Medikamentenunwirksamkeit und -toxizität		
	Unwirksamkeit, gestörte Dosis-Wirkungsbeziehung		**
	Nebenwirkungen, Toxizität, gestörte Dosis-Wirkungsbeziehung		**
	Verzögertes Ansprechen auf TCA und Mirtazapin (Dopamin-Transporter 1)		
	Antikoagulantien		
Clopidogrel	Gesteigertes Infarkt-/Thromboserisiko unter Clopidogrel (CYP2C19)		
Phenprocoumon	Erhöhte Sensitivität für Kumarinderivate (VKORC1, CYP2C9)		
	SSRI		
Citalopram	Unwirksamkeit von Citalopram (Serotonin-Rezeptor 2a)		
	Unwirksamkeit, außer Citalopram (Serotonin-Transporter)		
	Verzögertes Ansprechen (Dopamin-Transporter 1)		
	Unwirksamkeit bzw. Toxizität (CYP P450)		**
	Immunsuppressiva		
Azathioprin	Azathioprin-Toxizität (TPMT)		
	Tumortheraeutika		
Irinotecan	Irinotecan-Toxizität (UGT1A1)		
Paclitaxel	Paclitaxel-Toxizität (CYP2C8)		
5-Fluorouracil	5-Fluorouracil-Toxizität (DPD)		
Methotrexat	Methotrexat-Toxizität (MTHFR)		
Tamoxifen	Verminderte Wirksamkeit Tamoxifen (CYP2D6)		**
Wirkstoffpass			
Wirkstoffpass Basis	(CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6)		**
Wirkstoffpass Premium	(Basis + CYP2A6, CYP2C8, CYP3A5)		**
Wirkstoffpass Upgrade	(CYP2A6, CYP2C8, CYP3A5)		**
Fremdstoff-Metabolismus			
Phase 1 (CYP1A1)	**	Phase 2 (GST-M1)	**
Phase 1 (CYP1A2)	**	Phase 2 (GST-T1)	**
Phase 1 (CYP2A6)	**	Phase 2 (GST-P1)	**
Phase 1 (CYP2C8)	**	Phase 2 (NAT2)	**
Phase 1 (CYP2C9)	**	Phase 2 (SOD2)	**
Phase 1 (CYP2C19)	**	Phase 2 (UGT1A1)	**
Phase 1 (CYP2D6)	**	Phase 2 (COMT)	**
Phase 1 (CYP3A5)	**		

Legende: Material: EDTA (ungekühlt, nicht zeitkritisch) oder Wangenschleimhautabstrich

Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

** Derzeit nur über IGeL oder Privat abrechenbar