

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Überweisungsschein für Laboratoriums- untersuchungen als Auftragsleistung

10


☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer

Quartal

☐ Kontrolluntersuchung

!! MUSTER – nicht zur Anforderung verwenden !!
Bitte bestellen Sie als Praxis diese Scheine in unserem Labor.

Behandlung/medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2014)

Medikamentenspiegelbestimmung / Pharmakogenetik (siehe Rückseite)

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

Indikation zur Medikamentenspiegelbestimmung (bitte markieren)

- | | |
|--|---|
| ☐ Therapie-Ersteinstellung | ☐ Arzneimittelwechselwirkung vermutet |
| ☐ Kontrolle nach Dosisänderung | ☐ Kontrolle Patientencompliance |
| ☐ Verlaufskontrolle ohne Nebenwirkungen | ☐ Medikament ist nicht ausreichend wirksam |
| ☐ Verlaufskontrolle bei Nebenwirkungen | ☐ 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)


0069 0048 04

Bitte beachten Sie auch die Diagnostik auf der Rückseite

Einwilligungserklärung für genetische Analysen gemäß Gendiagnostikgesetz – Pflicht-Angabe!

Ich wurde gemäß den Erfordernissen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchung ausreichend aufgeklärt. Ich willige in die Untersuchung und die dafür erforderliche Probenentnahme nach ausreichender Bedenkzeit ein. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen und von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand nehmen kann und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

Klinische Angaben / (Verdachts-) Diagnose ☒

Die von mir gemachten Angaben und alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mein Probenmaterial wird nach Abschluss der Untersuchung vernichtet. Mit der Aufbewahrung des Probenmaterials in anonymisierter Form für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke bin ich einverstanden. Ich stimme zu, dass die Untersuchung ggf. in einem kooperierenden medizinischen Fachlabor durchgeführt wird. (Nicht Zutreffendes bitte streichen)

☒

Ort, Datum

☒

Ort, Datum

☒

Unterschrift Patient/Gesetzlicher Vertreter

☒

Unterschrift Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin

☒

Name, Vorname (Druckschrift)

☒

Name, Vorname (Druckschrift)

Material: EDTA-Blut, ungekühlt, Transport nicht zeitkritisch, Röhrchen bitte mit Name/Vorname/Geburtsdatum beschriften

Bitte Medikament einfügen		Medikamentenabbau und - ausscheidung	
		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	
Clotidogrel		Gesteigertes Infarkt-/Thromboserisiko unter Clotidogrel (CYP2C19)	**
Phenprocoumon (Marcumar®)		Erhöhte Sensitivität für Kumarinderivate (VKORC1, CYP2C9)	**
		HCV-Therapie	
Interferon-α + Ribavirin		Vermindertes Ansprechen auf PEG-Interferon-α + Ribavirin-Therapie (IL28B)	**
		HIV-Therapie	
Abacavir		Abacavir-Hypersensitivität (HLA-B*57:01)	**
Efavirenz		Efavirenz (CYP2B6)	
		Immunsuppressiva	
		Toxizität von Azathioprin, 6-Mercaptopurin, 6-Thioguanin (TPMT)	**
		Schmerz-Therapie	
		Codein, Oxycodon, Tramadol (CYP2D6)	**
		SSRI	
Citalopram		Unwirksamkeit von Citalopram (Serotonin-Rezeptor 2A)	**
		Unwirksamkeit, außer Citalopram (Serotonin-Transporter)	**
		Verzögertes Ansprechen (Dopamin-Transporter 1)	**
		Unwirksamkeit bzw. Toxizität (CYP450)	**
		Statin-Therapie	
Simvastatin		Simvastatin-Toxizität (SLCO1B1)	**
		Tumortheraeutika	
Irinotecan (CPT-11)		Irinotecan-Toxizität (UGT1A1)	**
Paclitaxel		Paclitaxel-Unverträglichkeit (CYP2C8)	**
		Toxizität von 5-FU oder seiner Vorstufen Capecitabin oder Tegafur (DPYD)	**
		Toxizität von Azathioprin, 6-Mercaptopurin, 6-Thioguanin (TPMT)	**
Tamoxifen		Verminderte Wirksamkeit Tamoxifen (CYP2D6)	**
Fremdstoff-Metabolismus			
Phase I (CYP1A1)	**	Phase II (GST-M1, GST-P1, GST-T1)	**
Phase I (CYP1A2)	**	Phase II (NAT2)	**
Phase I (CYP2C8)	**	Phase II (SOD2)	**
Phase I (CYP2C9)	**	Phase II (UGT1A1)	**
Phase I (CYP2C19)	**	Phase II (COMT)	**
Phase I (CYP2D6)	**	Phase II (meH)	**
Phase I (CYP3A4)	**	Phase II (MTHFR)	**
Phase I (CYP3A5)	**	Phase III (ABCB1/MDR1)	**
Phase I (PON1)	**	Phase III (SLCO1B1)	**

Legende: ☐ Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

** Derzeit nur als Selbstzahler (IGeL) oder Privat abrechenbar