

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum



IMD Institut für Medizinische Diagnostik Berlin-Potsdam GbR
IMD Berlin MVZ

Nicolaistraße 22, 12247 Berlin (Steglitz)
Tel +49 30 77001-322, Fax -332

akkreditiert durch DAkkS nach DIN EN ISO 15189



Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Quartal

Q J J

Geschlecht

Abnahmedatum

TT MM JJ

Abnahmezeit

hh mm

SSW

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Auftragserteilung:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung und Liquidation der gekennzeichneten Laboranalysen zu den Kostensätzen der GOÄ. Die Laborkosten beinhalten zusätzlich eine einmalige Material- und Versandkostenpauschale in Höhe von 10,67 Euro. Die Rechnung wird direkt vom Labor gestellt. Mir ist bekannt, dass die Erstattung der Kosten von den jeweiligen Bedingungen meiner privaten Krankenversicherung abhängt und daher nicht gewährleistet werden kann.

Ich willige ein, dass meine Daten und Proben ggf. durch ein Versandlabor zu diagnostischen Zwecken gemäß DSGVO verarbeitet werden. Hinweis: Laborleistungen sind gemäß § 4 UStG von der Umsatzsteuer (19 %) befreit, sofern sie durch einen Arzt, Zahnarzt oder eine heilberuflich tätige Person (z. B. Heilpraktiker) veranlasst werden. Der Nachweis wird durch die Unterschrift und den Praxisstempel des Überweisers auf dem Anforderungsschein erbracht. Liegt dieser Nachweis zum Zeitpunkt der Beauftragung nicht vor, unterliegen die Laborkosten der Umsatzsteuerpflicht.

Gelesen, zur Kenntnis genommen und inhaltlich einverstanden:

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)

weitere Anforderungen:

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

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
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								

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



0069 0048 05

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

.....
Unterschrift Patient/Gesetzlicher Vertreter

.....
Name, Vorname (Druckschrift)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin

.....
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	
Clopidogrel		Gesteigertes Infarkt-/Thromboserisiko unter Clopidogrel (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)	**
		Tumorthapeutika	
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