

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

Einverständnis zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Behandlung

Hiermit beauftrage ich die nachfolgend aufgeführten Laborleistungen im o.g. Facharztlabor. Ich bin damit einverstanden, dass ggf. einzelne Analysen an ein Kooperationslabor weitergeleitet werden. Das Honorar wird auf Grundlage der Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ) vom Facharztlabor oder dem Kooperationslabor berechnet und ist von mir zu zahlen. Eine Erstattungspflicht meiner Privatversicherung besteht nicht. Die Laborkosten verstehen sich zzgl. einer einmaligen Material- und Versandkostenpauschale von 10,67 €.

Die Verarbeitung meiner im Rahmen der Diagnostik anfallenden personenbezogenen und Gesundheitsdaten kann im Falle einer Weiterleitung an ein Kooperationslabor durch dieses erfolgen. Dies geschieht selbstverständlich unter Berücksichtigung der EU-Datenschutz-Grundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes. Meine Rechte als von der Datenverarbeitung betroffene Person können mir auf Wunsch näher durch Aushändigung eines entsprechenden Informationsblattes erläutert werden.

Gelesen, zur Kenntnis genommen und inhaltlich einverstanden:

 Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)

Medikamentenspiegelbestimmung / Pharmakogenetik (siehe Rückseite)

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

Indikation zur Medikamentenspiegelbestimmung (bitte markieren )

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Therapie-Ersteinstellung | <input type="checkbox"/> Arzneimittelwechselwirkung vermutet |
| <input type="checkbox"/> Kontrolle nach Dosisänderung | <input type="checkbox"/> Kontrolle Patientencompliance |
| <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle ohne Nebenwirkungen | <input type="checkbox"/> Medikament ist nicht ausreichend wirksam |
| <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle bei Nebenwirkungen | <input type="checkbox"/> Dosisänderung der Begleitmedikation |

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

	Präparatename/Wirkstoff	Dosis (mg)				Seit wann	Letzte Einnahme	
		morgens	mittags	abends	nachts	aktuelle Dosis	Tag	Uhrzeit
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								

- | | | | |
|--|---|--|---|
| Nierenfunktion pathologisch verändert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Kreatinin erhöht | <input type="checkbox"/> Raucher |
| Leberfunktion pathologisch verändert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Leberwerte pathologisch | <input type="checkbox"/> Eiweißausscheidung |
| Sind unerwünschte Arzneimittelwirkungen aufgetreten? | <input type="checkbox"/> ja (bitte nachfolgend angeben) | | |



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