

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
<b>Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</b>		
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers	Arzt-Nr. des Erstveranlassers	

## Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ  Präventiv  bei belegärztl. Behandlung  Unfall, Unfallfolgen



**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer   
 Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion  
 Geschlecht

Behandlung gemäß  § 116b SGB V  
 eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängerregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

**Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an** Telefon Nr. \_\_\_\_\_ Fax Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/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 )

- |  |   |
|--|---|
| <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 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"/>								

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	
		<b>Indikation (durchzuführende Analytik)</b>	
		<b>Medikamentenunwirksamkeit und –toxizität</b>	
		Unwirksamkeit, gestörte Dosis-Wirkungsbeziehung	**
		Nebenwirkungen, Toxizität, gestörte Dosis-Wirkungsbeziehung	**
		Verzögertes Ansprechen auf TCA und Mirtazapin (Dopamin-Transporter 1)	**
		<b>Antikoagulantien</b>	
Clopidogrel		Gesteigertes Infarkt-/Thromboserisiko unter Clopidogrel (CYP2C19)	**
Phenprocoumon (Marcumar®)		Erhöhte Sensitivität für Kumarinderivate (VKORC1, CYP2C9)	**
		<b>HCV-Therapie</b>	
Interferon-α + Ribavirin		Vermindertes Ansprechen auf PEG-Interferon-α + Ribavirin-Therapie (IL28B)	**
		<b>HIV-Therapie</b>	
Abacavir		Abacavir-Hypersensitivität (HLA-B*57:01)	**
Efavirenz		Efavirenz (CYP2B6)	
		<b>Immunsuppressiva</b>	
		Toxizität von Azathioprin, 6-Mercaptopurin, 6-Thioguanin (TPMT)	**
		<b>Schmerz-Therapie</b>	
		Codein, Oxycodon, Tramadol (CYP2D6)	**
		<b>SSRI</b>	
Citalopram		Unwirksamkeit von Citalopram (Serotonin-Rezeptor 2A)	**
		Unwirksamkeit, außer Citalopram (Serotonin-Transporter)	**
		Verzögertes Ansprechen (Dopamin-Transporter 1)	**
		Unwirksamkeit bzw. Toxizität (CYP450)	**
		<b>Statin-Therapie</b>	
Simvastatin		Simvastatin-Toxizität (SLCO1B1)	**
		<b>Tumortheraeutika</b>	
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)	**
<b>Fremdstoff-Metabolismus</b>			
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