



LABOR FÜR THERAPEUTISCHES DRUG MONITORING UND PHARMAKOGENETIK

Margarete-Höppel-Platz 1, 97080 Würzburg

<p>ERWACHSENE</p>  <p>OA Hr. Dr. med. Warrings Tel.: 0931-201 76349</p>	<p>KINDER/JUGENDLICHE</p>  <p>OÄ Fr. Dr. med. Fekete Tel.: 0931-201 76441</p>	<p>TDM UND PGx - LABOR</p>  <p>Fr. PD Dr. rer. nat. Scherf-Clavel Tel.: 0931-201 76317</p>  <p>Fr. PD Dr. biol. hum. Weber Tel.: 0931-201 76403</p> <p style="text-align: center;">Hr. Burger Tel.: 0931-201 77260 FAX: 0931-201 77262</p>
--	---	---

Patient	Einsender	TDM-Labor
<p>Geburtsdatum</p> <p>Geschlecht</p> <p><input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D</p>	<p>Klinik/Station/Praxis</p>	<p>LAURIS - Etikett</p>
<p>Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler</p>	<p>Telefonnummer</p>	

zu bestimmende Enzyme

CYP2D6 CYP2C19

Diagnose (ICD-10)	Rauchen	Leber	Niere
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> path. <input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> path. <input type="checkbox"/> o.B.

Psychiatrische Medikation	Tagesdosis	Begleitmedikation
	mg	

Nebenwirkung(en)

keine leicht mittel schwer

Art der Nebenwirkung(en)

<input type="checkbox"/> Schläfrigkeit/Sedierung	<input type="checkbox"/> EPS-Nebenwirkungen (Dystonie/Rigidität/Hypokinese/Akinese/Tremor/Akathisie)	<input type="checkbox"/> Akkomodationsstörungen
<input type="checkbox"/> Speichelfluß (erhöht/verringert)	<input type="checkbox"/> kardiovaskuläre Störung (orthostatische Dysregulation/Tachykardie)	<input type="checkbox"/> Hauterscheinungen
<input type="checkbox"/> Spannung/innere Unruhe	<input type="checkbox"/> gastrointestinale Störungen (Übelkeit/Erbrechen/Nausea/Diarrhoe/Obstipation)	<input type="checkbox"/> Polydipsie
<input type="checkbox"/> ZNS-NW (Delir)	<input type="checkbox"/> urogenitale Störungen (Miktionsstörung/sexuelle Dysfunktion/Polyurie)	<input type="checkbox"/> andere Nebenwirkung

Schweigepflichtentbindung und Einverständnis des Patienten zur Übermittlung des Befundes nach der DSGVO ist erteilt, die unterzeichnete Einverständniserklärung zur molekulargenetischen Analyse wird vom behandelnden Arzt archiviert.

Datum (Blutentnahme)	Uhrzeit (Blutentnahme)	Unterschrift (Arzt)
----------------------	------------------------	---------------------