

**Einsender:**

**Patientendaten:**

**Rechnung:**

Kasse ambulant (Schein Muster 10)

stationär

Selbstzahler

privat ambulant

privat stationär

**KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG (für Selbstzahler / Kassenpatienten (ohne Überweisung) / Privatpatienten):**

Ich wünsche, dass die nachfolgend aufgeführten Untersuchungen auf privatärztlicher Basis durchgeführt werden. Mir ist bewusst, dass ich für die anfallenden Kosten selbst aufkommen muss, wenn meine Versicherung die Kosten nicht oder nicht in vollem Umfang übernimmt.

(Datum/Unterschrift).....

**Untersuchungsanforderung Pharmakogenetik**

**Klinische Angaben / geplante Therapie:**

**Entnahmedatum / Uhrzeit:**

**Unterschrift:**

**Bitte stellen Sie für die Versendung folgende Dokumente und Proben zusammen:**

- **Einwilligungserklärung des Patienten gemäß GenDG und Untersuchungsanforderung**
- **Überweisungsschein Nr. 10 (für Kassenpatienten) bzw. Kostenübernahmeerklärung (siehe oben)**
- **5 ml EDTA-Blutröhrchen mit Patientennamen und Geburtsdatum beschriftet**

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Anforderung nach Medikament

<u>Medikament</u>	<u>Fachgebiet/Gruppe</u>	<u>Untersuchung</u>
<input type="checkbox"/> Abacavir	Infektiologie	HLA-B*5701
<input type="checkbox"/> Azathioprin, Mercaptopurin, Thioguanin	Immunsuppression	TPMT
<input type="checkbox"/> Brexpiprazol	Neurologie/Psychiatrie	CYP2D6
<input type="checkbox"/> Colpidogrel	Hämostaseologie	CYP2C19
<input type="checkbox"/> Fluorouracil	Onkologie	DPYD
<input type="checkbox"/> Irinotecan	Onkologie	UGT1A1
<input type="checkbox"/> Mavacamten	Kardiologie	CYP2C19
<input type="checkbox"/> Opiode (z.B. Tramadol, Codein)	Analgesie	CYP2D6
<input type="checkbox"/> Prajmalin	Kardiologie	CYP2D6
<input type="checkbox"/> Propafenon	Kardiologie	CYP2D6
<input type="checkbox"/> Siponimond	Neurologie/Psychiatrie	CYP2C9
<input type="checkbox"/> Serotonin-Wiederaufnahme Inhibitoren (z.B. Citalopram, Paroxetin, Sertralin)	Neurologie/Psychiatrie	CYP2D6, CYP2C19, CYP2B6
<input type="checkbox"/> Simvastatin	Kardiologie	SLCO1B1
<input type="checkbox"/> Tacrolimus	Immunsuppression	CYP3A4, CYP3A5
<input type="checkbox"/> Tamoxifen	Onkologie	CYP2D6
<input type="checkbox"/> Tebentafusp	Onkologie	HLA-A*02:01
<input type="checkbox"/> Warfarin	Hämostaseologie	VKORC1, CYP2C9

### Anforderung nach Gen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ABCB1 (SNPs)   | <input type="checkbox"/> DPYD (SNPs)    |
| <input type="checkbox"/> APOE (SNPs)  | <input type="checkbox"/> DRD2 (SNPs)    |
| <input type="checkbox"/> COMT (SNPs)  | <input type="checkbox"/> GLP1R (SNPs)   |
| <input type="checkbox"/> CYP1A2 (SNPs)  | <input type="checkbox"/> MTHFR (SNPs)   |
| <input type="checkbox"/> CYP2B6 (SNPs)  | <input type="checkbox"/> OPRM1 (SNPs)   |
| <input type="checkbox"/> CYP2C19 (SNPs)   | <input type="checkbox"/> PNPLA5 (SNPs)  |
| <input type="checkbox"/> CYP2C9 (SNPs)  | <input type="checkbox"/> SLCO1B1 (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> CYP2D6 (SNPs)  | <input type="checkbox"/> SULT4A1 (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> CYP3A4 (SNPs)  | <input type="checkbox"/> TPMT (SNPs)    |
| <input type="checkbox"/> CYP3A5 (SNPs)  | <input type="checkbox"/> UGT1A1 (SNPs)  |
|   | <input type="checkbox"/> VKORC1 (SNPs)  |
| <input type="checkbox"/> Thrombophilie-Panel (SNPs: FII, FV, FXII, FSAP, ATIII) |   |