

Adresse: Universitätsklinikum Würzburg
Medizinische Klinik und Poliklinik II
Wissenschaftliches Labor – Infektiologie
Leiter: Prof. Dr. Klinker
Zentrum Innere Medizin, Haus A4, Raum -3.957
Oberdürrbacher Str. 6
97080 Würzburg
Tel.: 0931-201-40734; Fax: 0931-201-640734
www.ukw.de/medizinische-klinik-ii/infektiologie/startseite/

Einsender:

Praxis-/Klinikstempel

Patient (ggf. Aufkleber verwenden):

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geschlecht: _____
Kostenträger: _____
Vers.-Nr.: _____
Adresse (bei Privatpatienten und Selbstzahlern):

Rechnungsstellung (bitte ankreuzen!):

- Anforderung durch niedergelassenen Arzt:
Überweisungsschein liegt bei
- Rechnung an Patient:
Privatpatient (Abrechnung nach GOÄ)
Selbstzahler (Abrechnung nach DKG-NT)
- Anforderung durch Klinik:
Rechnung an Klinik (DKG-NT)
Privatpatient (GOÄ)

**Blutentnahme(n) falls möglich unmittelbar vor
der nächsten Medikation (Talspiegel)**

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Stempel / Unterschrift Arzt

PI

	Zeitpunkt der letzten Einnahme: Datum, Uhrzeit	Dosierungen		
Atazanavir (ATV) z.B. Reyataz®	_____	<input type="checkbox"/> 1 x 300mg	<input type="checkbox"/> 1 x 400mg	<input type="checkbox"/> andere: _____
Darunavir (DRV) z.B. Prezista®	_____	<input type="checkbox"/> 1 x 800mg	<input type="checkbox"/> 2 x 600mg	<input type="checkbox"/> andere: _____
Lopinavir (LPV) z.B. Kaletra®	_____	<input type="checkbox"/> 2 x 400/100mg	<input type="checkbox"/> andere: _____	
Ritonavir (RTV) z.B. Norvir®	_____	<input type="checkbox"/> 1 x 100mg	<input type="checkbox"/> 1 x 200mg	<input type="checkbox"/> andere: _____

NNRTI

Efavirenz (EFV) z.B. Sustiva®/Atripla®	_____	<input type="checkbox"/> 1 x 600mg	<input type="checkbox"/> andere: _____	
Etravirin (ETV) z.B. Intelence®	_____	<input type="checkbox"/> 2 x 200mg	<input type="checkbox"/> andere: _____	
Nevirapin (NVP) z.B. Viramune®	_____	<input type="checkbox"/> 1 x 200mg	<input type="checkbox"/> 1 x 400mg	<input type="checkbox"/> andere: _____
Rilpivirin (RPV) z.B. Edurant®/Eviplera®/Odefsey®	_____	<input type="checkbox"/> 1 x 25mg	<input type="checkbox"/> andere: _____	

INI

Elvitegravir (EVG) z.B. Genvoya®/Stribild®	_____	<input type="checkbox"/> 1 x 150mg	<input type="checkbox"/> andere: _____	
Dolutegravir (DTG) z.B. Tivicay®/Triumeq® sofort vor Licht schützen (z.B. Alufolie)	_____	<input type="checkbox"/> 1 x 50mg	<input type="checkbox"/> andere: _____	
Raltegravir (RAL) z.B. Isentress®	_____	<input type="checkbox"/> 2 x 400mg	<input type="checkbox"/> andere: _____	

CCR5

Maraviroc (MVC) z.B. Celsentri®	_____	<input type="checkbox"/> 2 x 150mg	<input type="checkbox"/> 2 x 300mg	<input type="checkbox"/> andere: _____
---	-------	------------------------------------	------------------------------------	--

Weitere Bestimmungen auf Anfrage: Amprenavir (APV) z.B. Telzir®; Saquinavir (SQV) z.B. Invirase®

Klinische Angaben und Fragestellung: _____

 Therapieversagen? JA NEIN
Komedikation (bitte vollständig! HIV-Med. und Nicht-HIV-Med.):
Sonstiges:
HANDLING UND PROBENVERSAND: Serummonovette (10 ml) zentrifugieren und nur das Serum (mindestens 2-3 ml) in bruchsicheres Probenröhrchen überführen und im **SICHERHEITSCONTAINER** an obige Adresse senden.
Probenannahme Montag – Freitag **UNBEDINGT POSTLAUFZEIT BEACHTEN !!!**