

Adresse: Universitätsklinikum Würzburg
Medizinische Klinik und Poliklinik II
Wissenschaftliches Labor – Infektiologie
Leiter: Prof. Dr. Klinker
Zentrum Innere Medizin, Haus A4
Oberdürrbacher Str. 6
97080 Würzburg
Tel.: 0931-201-40734; Fax: 0931-201-640734
www.medizin2.ukw.de/hepinf

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® <small>sofort vor Licht schützen (z.B. Alufolie)</small>	_____	<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®; Tipranavir (TPV) z.B. Aptivus®**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 !!!**