



**LABOR FÜR PHARMAKOGENETIK**  
Margarete-Höppel-Platz 1, 97080 Würzburg

ERWACHSENE

OA Hr. Prof. Dr. med. DP Unterecker  
Tel.: 0931-201 77545

PHARMAKOGENETIK-LABOR

Fr. PD Dr. biol. hum. Weber  
Tel.: 0931-201-76403

Fr. Dr. rer. nat. Scherf-Clavel  
Tel.: 0931-201 77546

**TDM-Labor**  
Tel.: 0931-201 77260  
Fax: 0931-201 77262

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

**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)
-------------------------	---------------------------	------------------------