

Biologika

Abnahme-Datum	Abnahme-Zeit	Arztnummer
_____	_____	_____

Arzt-Suchernr.	Tel. Station	Nachbestellung von Auftragsformularen	
_____	_____	<input type="checkbox"/> 10 Stück	<input type="checkbox"/> 50 Stück
		<input type="checkbox"/> 20 Stück	

Rechnung an:
<input type="checkbox"/> Patient
<input type="checkbox"/> Auftraggeber
<input type="checkbox"/> Drittzahler

externe Referenznummer	_____
Patienten-Etikette oder Patienten-Angaben	_____
Name:	_____
Vorname:	_____
Geschlecht:	_____
Geburtsdatum:	_____
Strasse:	_____
PLZ/Ort:	_____

<input type="checkbox"/> Befundkopie an:

Klinische Information:			
<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> Chronische Polyarthritis	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Hidradenitis suppurativa
<input type="checkbox"/> Morbus Crohn	<input type="checkbox"/> Chronische Polyarthritis	<input type="checkbox"/> Uveitis	
<input type="checkbox"/> Andere: _____			

Markierung

Richtig <input type="checkbox"/>
Falsch <input type="checkbox"/>

Einsendercode Auftraggeber

Behandlung mit Biologika:			
TNFa-Blocker:	Datum der letzten Gabe	Dosierungsintervall	Dosis
Adalimumab (Humira®)	_____	alle _____ Wochen	_____ mg/kg
Certolizumab (Cimzia®)	_____	alle _____ Wochen	_____ mg/kg
Golimumab (Simponi®)	_____	alle _____ Wochen	_____ mg/kg
Infliximab (Remicade®)	_____	alle _____ Wochen	_____ mg/kg
Integrin-Antagonist:			
Infliximab (Remicade®)	_____	alle _____ Wochen	_____ mg/kg
Andere: _____	_____	alle _____ Wochen	_____ mg/kg

Bitte jedes Röhrchen nach Blutentnahme 5 mal sorgfältig kippen!

Beginn der Biologikatherapie:

Kombinationstherapie mit weiteren Immunsuppressiva (falls ja, welche?):

Gewünschte Analysen:	
Material: Serum, mind. 1ml	Abnahme kurz vor der Gabe des Medikamentes
<input type="checkbox"/> Adalimumab (Humira®): Talspiegel, Anti-Adalimumab und TNFα <input type="checkbox"/> Certolizumab (Cimzia®): Talspiegel, Anti-Certolizumab und TNFα <input type="checkbox"/> Golimumab (Simponi®): Talspiegel, Anti-Golimumab und TNFα <input type="checkbox"/> Infliximab (Remicade®): Talspiegel, Anti-Infliximab und TNFα <input type="checkbox"/> Vedolizumab (Entyvio®): Talspiegel und Anti-Vedolizumab	

Labornummer

