

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK, gültig bis	Datum



MEDIZINISCHES
LABOR NORD

Pharmakogenetik IGeL (Selbstzahler)

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-
Etikett einkleben!

- ☐ Rechnung an Praxis
☐ Befund faxen an

- Praxisstempel -

☐ CITO Blutentnahme (Datum/Uhrzeit) _____ Bitte denken Sie an die Einwilligungserklärung nach GenDG!

Antidepressiva

- ☐ SSRI/SNRI-Antidepressiva (alle) 542,92 €
- CYP2D6
 - CYP2C19 Basistest
 - CYP2B6
- ☐ Paroxetin, Fluvoxamin, Venlafaxin, Vortioxetin 375,36 €
- CYP2D6
- ☐ Citalopram, Escitalopram 127,35 €
- CYP2C19 Basistest
- ☐ Sertralin 227,88 €
- CYP2C19 Basistest
 - CYP2B6
- ☐ Trizyklische Antidepressiva (Amitriptylin, Clomipramin, Desipramin, Doxepin, Imipramin, Nortriptylin, Trimipramin) 442,38 €
- CYP2C19
 - CYP2D6

Antipsychotika

- ☐ Antipsychotika (alle) 408,87 €
- CYP2D6
 - CYP3A4
- ☐ Aripiprazol, Brexpiprazol, Haloperidol, Pimozid, Risperidon, Zuclopenthixol 375,36 €
- CYP2D6
- ☐ Quetiapin 93,84 €
- CYP3A4

Schmerzmittel

- ☐ Codein, Tramadol 375,36 €
- CYP2D6
- ☐ NSAID (Ibuprofen, Celecoxib, Flurbiprofen, Lornoxicam, Meloxicam, Piroxicam, Tenoxicam) 160,86 €
- CYP2C9

Statine

- ☐ Simvastatin, Atorvastatin, Pravastatin 93,84 €
- SLCO1B1
- ☐ Rosuvastatin 127,35 €
- ABCG2
 - SLCO1B1
- ☐ Fluvastatin 194,37 €
- CYP2C9
 - SLCO1B1

Sonstige

- ☐ Abacavir 160,86 €
- HLA-B*57:01
- ☐ Atomoxetin 375,36 €
- CYP2D6
- ☐ Carbamazepin 261,39 €
- HLA-A31:01
 - HLA-B15:02
- ☐ Clopidogrel 127,35 €
- CYP2C19 Basistest
- ☐ Efavirenz 160,86 €
- CYP2B6
- ☐ Phenytoin 261,39 €
- CYP2C9
 - HLA-B*15:02
- ☐ Protonenpumpenhemmer 127,35 €
- CYP2C19 Basistest
- ☐ Tamoxifen 375,36 €
- CYP2D6
- ☐ Thiopurine 160,86 €
- TPMT
 - NUDT15
- ☐ Tacrolimus 127,35 €
- CYP3A5
- ☐ Voriconazol 127,35 €
- CYP2C19 Basistest

freie Anforderung

Arzneimittel:

gewünschte Gene/Enzyme*:

- | | |
|---|---------------------------------|
| ☐ ABCB1 | ☐ CYP2C9 |
| ☐ BCHE | ☐ CYP2D6 |
| ☐ CFTR | ☐ CYP2E1 |
| ☐ COMT | ☐ CYP3A4 |
| ☐ CYP1A1 | ☐ CYP4F2 |
| ☐ CYP1A2 | ☐ G6PD |
| ☐ CYP1B1 | ☐ GSTM1 |
| ☐ CYP2C19, Basis | ☐ GSTP1 |
| ☐ CYP2C19, erweitert | ☐ GSTT1 |
| ☐ CYP2B6 | ☐ NAT2 |
| ☐ CYP2C8 | ☐ VKORC1 |
- *Preise bitte anfragen

MATERIAL	EDTA-Blut + Einwilligungserklärung nach GenDG
KOSTEN	Alle aufgeführten Untersuchungen sind keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Preise nach GOÄ. Folgende Untersuchungen sind Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: DPYD/5FU, CYP2C9/Siponimod, CYP2C19/Mavacamten, CYP2D6/Eliglustat, UGT1A1/Irinotecan.
EVIDENZ	Für alle aufgeführten Kombinationen von Arzneimittel und Gen sind therapeutische Handreichungen (Guidelines) der Konsortien CPIC oder DPWG verfügbar. Auf diese wird im Befund möglichst Bezug genommen.
UMFANG	Der Untersuchungsumfang für die angebotenen Analysen orientiert sich an den Tier 1-Empfehlungen der AMP PGx Working Group (Stand 2024, Details s. unten). Weitere Allele auf Anfrage.

Nach Aufklärung über die medizinische Bedeutung der Leistungen wünsche ich die Durchführung der oben gekennzeichneten individuellen Gesundheitsleistungen. Mir ist bekannt, dass es sich bei den in Auftrag gegebenen Leistungen nicht um erstattungsfähige Leistungen durch meine gesetzliche oder private Krankenkasse handelt. Die hierfür ausgestellten Rechnungen sind nicht beihilfefähig.

Mit meiner rechtsverbindlichen Unterschrift beauftrage ich die angeforderten Leistungen und erteile mein Einverständnis, dass die Erstellung und der Einzug der für mich bestimmten Privatabrechnung(en) durch die PVS bayern AG erfolgen kann, an die nur die für eine Rechnungsstellung unbedingt notwendigen Daten weitergegeben werden. Ebenso willige ich ein, dass meine Daten und abgegebenen Proben an ein anderes medizinisches Labor zur Untersuchung und Abwicklung dieses Auftrages übermittelt werden, sofern dieses im Rahmen des Behandlungsverhältnisses erforderlich ist und das Patientengeheimnis gewahrt wird. Nähere Informationen finden Sie auf unserer Webseite www.mln.de/datenschutz

Datum und Unterschrift Patient/in

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK, gültig bis	Datum



**MEDIZINISCHES
LABOR NORD**

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-
Etikett einkleben!

- Praxisstempel -

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich habe eine ausführliche Aufklärung zu genetischen Untersuchungen erhalten und verstanden. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu der geplanten genetischen Untersuchung sowie zu der dafür erforderlichen Probenentnahme (Blut-/Gewebeentnahme). Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass

- ich von meinem behandelnden Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der unten genannten Untersuchung aufgeklärt wurde,
- mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die unten genannte Untersuchung eingeräumt wurde,
- ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann, die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird,
- ich mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden bin.

Angabe der gewünschten Untersuchung(en)

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass durch das GenDG eine sofortige Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung vorgeschrieben ist. Mit der Aufbewahrung des Probenmaterials zum Zweck einer ggf. erforderlichen oder gewünschten Überprüfung des Ergebnisses bzw. weiterführender genetischer Untersuchung zur Diagnosefindung bin ich einverstanden.

Mit der Aufbewahrung des Probenmaterials für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke bin ich einverstanden.

Mit der Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an meine(n) mit behandelnde(n) Ärztin/Arzt bin ich einverstanden.

Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor bin ich einverstanden.

Verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Untersuchung durchgeführt hat.

(Nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ort/Datum (Unterschrift der(s) anwesende(n) Ärztin/Arztes)

(Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter)