



Biologika

Abnahme-Datum:

Abnahme-Zeit:

Arztnummer:

Arzt-Suchernr.:

Tel. Station:

Nachbestellung von Auftragsformularen: 10 Stück 20 Stück 50 Stück

Rechnung an: Patient Auftraggeber Drittzahler

externe Referenznummer:

Patienten-Etikette oder Patienten-Angaben

Name:

Vorname:

Geschlecht:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ/Ort:

Befundkopie an:

Klinische Information:

Colitis ulcerosa Rheumatoide Arthritis Psoriasis Hidradenitis suppurativa

Morbus Crohn Psoriasis-Arthritis Uveitis M. Bechterew

Andere: _____

Markierung

Richtig

Falsch

Einsendercode
Auftraggeber

Behandlung mit Biologika:

TNF α -Blocker:	Datum der letzten Gabe	Dosierung	Intervall	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:

Vedolizumab (Entyvio®)	_____	alle _____	Wochen	_____ mg/kg
Andere: _____	_____	alle _____	Wochen	_____ mg/kg

Bitte jedes Röhrchen nach Blutentnahme 5 mal sorgfältig kippen!

Beginn der Biologika-Therapie: _____

Monstherapie mit weiteren Immunsuppressiva (falls ja, welche?): _____

Labornummer

Gewünschte Analysen:

Material: Serum, mind. 1ml Abnahme kurz vor der Gabe des Medikamentes

Adalimumab (Humira®): Talspiegel, Anti-Adalimumab und TNF α

Certolizumab (Cimzia®): Talspiegel, Anti-Certolizumab und TNF α

Golimumab (Simponi®): Talspiegel, Anti-Golimumab und TNF α

Infliximab (Remicade®): Talspiegel, Anti-Infliximab und TNF α

Vedolizumab (Entyvio®): Talspiegel und Anti-Vedolizumab

Labornummer

