



## Checkliste: Metabolische Wechselwirkungsanalyse

Wenn Sie eine Wechselwirkungsanalyse durch die MLD wünschen, Checkliste bitte vollständig und gut leserlich ausfüllen.

Name & Vorname des Patienten:	Geburtsdatum
Anschrift des Patienten:	

**Welche *verschreibungspflichtigen* Medikamente nimmt der Patient ein? Bitte Dosis angeben.**  
Bitte fragen Sie Ihren Patienten auch nach Medikamenten, die ihm evtl. von anderen Ärzten verschrieben werden.


(falls nötig bitte ein zusätzliches Blatt verwenden)

**Nimmt der Patient *nicht verschreibungspflichtige* Medikamente ein?**

**falls ja, bitte Name und Dosierung der Medikamente angeben**

Mittel gegen Allergien?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,
Anti-Histaminika?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,
Fieber – oder Grippemittel?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,
Augentropfen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,
Schmerzmittel?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,
Homöopathische Medikamente?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,
Magenmittel?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,
Medikamente oder Tees auf Kräuter – oder Pflanzenbasis?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,

(falls nötig bitte ein zusätzliches Blatt verwenden)

**Leidet der Patient unter Nebenwirkungen oder sind sonstige therapeutische Probleme bekannt?**


(falls nötig bitte ein zusätzliches Blatt verwenden)



## Checkliste: Metabolische Wechselwirkungsanalyse

Wenn Sie eine Wechselwirkungsanalyse durch die MLD wünschen, Checkliste bitte vollständig und gut leserlich ausfüllen.

### Angaben zum Drogenkonsum:

**falls ja, bitte Art der Droge und Häufigkeit angeben**

Tabakkonsum?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,
Alkoholkonsum?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,
Illegale Drogen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,

(falls nötig bitte ein zusätzliches Blatt verwenden)

### Angaben zu bestimmten Nahrungsmitteln:

**falls ja, bitte Art des Nahrungsmittels und Häufigkeit angeben**

Koffeinhaltige Getränke? (Cola, Kaffee, Tee, Softdrinks usw.)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,
Grüner Tee?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,
Grapefruitsaft?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,
Knoblauch oder Knoblauchzubereitungen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,
Ingwer oder Ingwerzubereitungen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,
Lakritze?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,
Auf offenem Feuer gegrilltes Fleisch (> 3x/Woche)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,
Sonstige Nahrungsergänzungsmittel?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja,

(falls nötig bitte ein zusätzliches Blatt verwenden)

### Weitere Informationen:


(falls nötig bitte ein zusätzliches Blatt verwenden)

## Einwilligungserklärung für eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz

Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung der/s Patientin/en beziehungsweise ihres/seines gesetzlichen Vertreters ist Voraussetzung für die Durchführung der genetischen Untersuchung und liegt dem behandelnden Arzt vor.

<b>Verdachtsdiagnose:</b>		<b>Praxisstempel:</b>
<b>Untersuchungsmaterial (mind. 1 EDTA Röhrchen)</b>		
<b>Abnahmedatum:</b>	<b>Abnahmezeit:</b>	
<b>Unterschrift des Patienten</b>		<b>Unterschrift des Arztes</b>