



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.

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