



Name, Vorname						geb. am	
						Datum	

**Geschlecht**

weiblich  männlich

**Rechnung an**

Patient  Praxis

**Kostenträger**

ambulant  stationär  
 priv. amb.  priv. stat.

**Einsender:**

Name

Anschrift

PLZ/Ort

Entnahme Datum

Uhrzeit

Stempel und Unterschrift des Arztes

## TNF $\alpha$ -Antikörper - Integrin-Inhibitoren IL12/23-Inhibitoren - Anti-Drug-Antikörper

### Infliximab (z.B. Remicade, Remsima, Inflectra)

- Infliximab-Medikamentenspiegel
- Antikörper gegen Infliximab (Anti-Drug-Antikörper)

### Adalimumab (z.B. Humira)

- Adalimumab-Medikamentenspiegel
- Antikörper gegen Adalimumab (Anti-Drug-Antikörper)

### Golimumab (z.B. Simponi)

- Golimumab-Medikamentenspiegel
- Antikörper gegen Golimumab (Anti-Drug-Antikörper)

### Vedolizumab (z.B. Entyvio)

- Vedolizumab-Medikamentenspiegel
- Antikörper gegen Vedolizumab (Anti-Drug-Antikörper)

### Ustekinumab (z.B. Stelara)

- Ustekinumab-Medikamentenspiegel

Hinweis: Die Bestimmung der Ustekinumab-Anti-Drug-Antikörper ist derzeit leider nicht verfügbar.

### Allgemeine Hinweise

- Probenmaterial und -menge: 1 ml Serum
- Transport per Post möglich (nicht über das Wochenende), Lagerung bei Raumtemperatur max. 48h
- Bei Abrechnung über die gesetzliche Krankenkasse bitte Überweisungsschein beilegen!

