

Anforderung Golimumabspiegel (Simponi®) und Anti-Golimumab Antikörper:

Name des einsendenden

Institutes: _____

Adresse des einsendenden

Institutes: _____

Name des einsendenden Arztes: _____

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____ Geschl: männlich weiblich

VNr: _____ Gebdat: _____

Adresse: _____ PLZ: _____

Diagnose: Rheumatoide Arthritis Mb. Crohn Colitis ulcerosa Andere Diagnose: _____

Golimumab Erstgabe: _____ Dosierung: _____ Intervall: _____

Letzte Gabe am: _____ Dosierung: _____ Körpergewicht: _____ kg

Wirkungsverlust?: ja nein**Weitere Medikamente (Insbesondere****Immunsuppressiva!) _____**

Informationen für Einsender:

Benötigtes Material: SERUM (500µl)**Talspiegelbestimmung empfohlen.****Antinukleäre Antikörper werden routinemäßig bestimmt und am Befund angeführt.**