

Anforderung klinisch-pharmakologische Medikationsbewertung

Grund der Anforderung (bitte Fragestellung so konkret wie möglich formulieren)

Anforderungsnummer

Anforderer mit Anschrift: _____

Nummer evtl. Vorbewertung: _____

Konzentration zu Wirkstoff:

Blutentnahme morgens vor der nächsten Tabletteneinnahme, bei Depotpräparaten vor der nächsten Injektion

Fax: _____ Tel: _____

E-Mail: _____

<p>Patient (Aufkleber) <input type="checkbox"/> Privatpatient</p> <p>Name, Vorname: _____</p> <p>Geburtsdatum (m/w): _____</p>	<p>Größe: _____ Gewicht: _____</p> <p>Blutabnahme: Datum _____ Uhrzeit _____</p> <p>ICD-10 Diagnosen: _____</p>
---	---

- _____ **Wirkstoff:** _____ **ng/ml**
ggf. Metabolit: _____ **ng/ml**
- _____ **Wirkstoff:** _____ **ng/ml**
ggf. Metabolit: _____ **ng/ml**
- _____ **Wirkstoff:** _____ **ng/ml**
ggf. Metabolit: _____ **ng/ml**
- _____ **Wirkstoff:** _____ **ng/ml**
ggf. Metabolit: _____ **ng/ml**
- _____ **Wirkstoff:** _____ **ng/ml**
ggf. Metabolit: _____ **ng/ml**
- _____ **Wirkstoff:** _____ **ng/ml**
ggf. Metabolit: _____ **ng/ml**
- _____ **Wirkstoff:** _____ **ng/ml**
ggf. Metabolit: _____ **ng/ml**
- _____ **Wirkstoff:** _____ **ng/ml**
ggf. Metabolit: _____ **ng/ml**

Gesamtmedikation oder **Kopie des Medikationsplans** (ggf. vom **Vortag** der Blutabnahme)

Handelsname	Tagesdosis [mg] morgens / mittags / abends / nachts	Seit wann oder wann letzte Dosisänderung? Wann 1. Depotinjektion?
		seit: _____ oder <input type="checkbox"/> länger als eine Woche Abgesetzt seit: _____
		seit: _____ oder <input type="checkbox"/> länger als eine Woche Abgesetzt seit: _____
		seit: _____ oder <input type="checkbox"/> länger als eine Woche Abgesetzt seit: _____
		seit: _____ oder <input type="checkbox"/> länger als eine Woche Abgesetzt seit: _____
		seit: _____ oder <input type="checkbox"/> länger als eine Woche Abgesetzt seit: _____
		seit: _____ oder <input type="checkbox"/> länger als eine Woche Abgesetzt seit: _____

Bedarf für eine wirksame medikamentöse Therapie?

- 0: Patient/in ist überhaupt nicht krank
- 1: Patient/in ist grenzwertig krank
- 2: Patient/in ist leicht krank
- 3: Patient/in ist mäßig krank
- 4: Patient/in ist deutlich krank
- 5: Patient/in ist schwer krank
- 6: Patient/in ist extrem schwer krank

Bedarf für eine Änderung der medikamentösen Therapie?

- 6: und wurde unter der angegebenen Medikation deutlich schlechter
- 5: und wurde unter der angegebenen Medikation schlechter
- 4: und wurde unter der angegebenen Medikation etwas schlechter
- 3: und wurde unter der angegebenen Medikation noch nicht besser
- 2: und wurde unter der angegebenen Medikation etwas besser
- 1: und wurde unter der angegebenen Medikation besser
- 0: und wurde unter der angegebenen Medikation deutlich besser

Genussmittel

- Patient ist Raucher: ja, was und wieviel? nein
- Patient konsumiert Coffein: ja, was und wieviel? nein
- Patient konsumiert Alkohol: ja, was und wieviel? nein
- Sind unerwünschte Arzneimittelwirkungen aufgetreten: ja nein
- Wenn ja, welche?

Nierenfunktion:

Leberfunktion: