

Anforderung Medikationsbewertung

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

Anforderungsnummer

Anschrift: _____

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>
---	---

Konzentration zu Medikament: _____ ng/ml
Metabolit: _____ ng/ml

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alprazolam | <input type="checkbox"/> Imipramin+Metab. |
| <input type="checkbox"/> Amisulprid | <input type="checkbox"/> Lamotrigin |
| <input type="checkbox"/> Amitriptylin+Metab. | <input type="checkbox"/> Levomepromazin |
| <input type="checkbox"/> Amitriptylin-Oxid | <input type="checkbox"/> Maprotilin |
| <input type="checkbox"/> Aripiprazol | <input type="checkbox"/> Mirtazapin |
| <input type="checkbox"/> Bromazepam | <input type="checkbox"/> Nitrazepam |
| <input type="checkbox"/> Chlordiazepoxid | <input type="checkbox"/> Nordiazepam |
| <input type="checkbox"/> Citalopram | <input type="checkbox"/> Nortriptylin |
| <input type="checkbox"/> Clobazam | <input type="checkbox"/> Olanzapin |
| <input type="checkbox"/> Clomipramin+Metab. | <input type="checkbox"/> Oxazepam |
| <input type="checkbox"/> Clonazepam | <input type="checkbox"/> Oxcarbazepin+Metab. |
| <input type="checkbox"/> Clozapin | <input type="checkbox"/> Paliperidon |
| <input type="checkbox"/> Desipramin | <input type="checkbox"/> Paroxetin |
| <input type="checkbox"/> Diazepam | <input type="checkbox"/> Perazin |
| <input type="checkbox"/> Donepezil | <input type="checkbox"/> Pipamperon |
| <input type="checkbox"/> Doxepin+Metab. | <input type="checkbox"/> Quetiapin |
| <input type="checkbox"/> Duloxetin | <input type="checkbox"/> Risperidon+Metab. |
| <input type="checkbox"/> Escitalopram | <input type="checkbox"/> Sertralin |
| <input type="checkbox"/> Flunitrazepam | <input type="checkbox"/> Trimipramin |
| <input type="checkbox"/> Fluoxetin | <input type="checkbox"/> Venlafaxin+Metab. |
| <input type="checkbox"/> Flurazepam | <input type="checkbox"/> Ziprasidon |
| <input type="checkbox"/> Fluvoxamin | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Haloperidol | |

Gesamtmedikation (ggf. am **Vortag** der Blutabnahme) oder **Kopie des Krankenblattes**

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: | <input type="checkbox"/> ja, was und wieviel? | <input type="checkbox"/> nein |
| Patient konsumiert Coffein? | <input type="checkbox"/> ja, was und wieviel? | <input type="checkbox"/> nein |
| Patient konsumiert Alkohol? | <input type="checkbox"/> ja, was und wieviel? | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind unerwünschte Arzneimittelwirkungen aufgetreten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Nierenfunktion: _____ **Leberfunktion:** _____