

Anforderung Befund Wirkstoffkonzentration

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

Klinikanschrift: _____

Station: _____ Fax: _____ Tel: _____

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

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

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

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

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Compliance – Kontrolle | <input type="checkbox"/> unerwünschte Arzneimittelwirkung (siehe unten) |
| <input type="checkbox"/> Ersteinstellung | <input type="checkbox"/> Arzneimittelinteraktion | <input type="checkbox"/> Metabolisierungsstatus des Patienten |
| <input type="checkbox"/> Umstellen der Medikation | <input type="checkbox"/> Konzentration im therapeutischen Bereich? | <input type="checkbox"/> Verhältnis von Konzentration zu eingesetzter Dosis? |
| <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle | | |

Gesamtmedikation am Vortag der Abnahme 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:
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Nierenfunktion:

Leberfunktion: