

Anforderung klinisch-pharmakologischer Befund Wirkstoffkonzentration

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

Anforderungsnummer _____

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

Anforderer mit Anschrift: _____

Nummer evtl. Vorbefund: _____

Konzentration zu Wirkstoff:
Blutentnahme morgens vor der nächsten Tabletteneinnahme,
bei Depotpräparaten vor der nächsten Injektion

Fax: _____ Tel: _____

E-Mail: _____

- | | | | |
|--------------------------|-------|------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | _____ | Wirkstoff: _____ | ng/ml |
| | | ggf. Metabolit: _____ | ng/ml |
| <input type="checkbox"/> | _____ | Wirkstoff: _____ | ng/ml |
| | | ggf. Metabolit: _____ | ng/ml |
| <input type="checkbox"/> | _____ | Wirkstoff: _____ | ng/ml |
| | | ggf. Metabolit: _____ | ng/ml |
| <input type="checkbox"/> | _____ | Wirkstoff: _____ | ng/ml |
| | | ggf. Metabolit: _____ | ng/ml |
| <input type="checkbox"/> | _____ | Wirkstoff: _____ | ng/ml |
| | | ggf. Metabolit: _____ | ng/ml |
| <input type="checkbox"/> | _____ | Wirkstoff: _____ | ng/ml |
| | | ggf. Metabolit: _____ | ng/ml |
| <input type="checkbox"/> | _____ | Wirkstoff: _____ | ng/ml |
| | | ggf. Metabolit: _____ | ng/ml |

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

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: | <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: _____