

Anforderung klinisch-pharmakologischer Befund Wirkstoffkonzentration

Anforderungsnummer _____

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

- | | | | |
|--------------------------|---|--|--|
| <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? |
- Sind unerwünschte Arzneimittelwirkungen aufgetreten:** ja, welche? nein

Anforderer mit Anschrift: _____

Nummer evtl. Vorbefund: _____

Fax: _____ **Tel:** _____

E-Mail: _____

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

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

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

Nierenfunktion: normal eingeschränkt Werte: _____

Leberfunktion: normal eingeschränkt Werte: _____

Gesamtmedikation oder Kopie des Medikationsplans (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: _____ |

Genussmittel

Patient ist Raucher?

- nie schwach (< 10 Zigaretten/Tag) >10 - 30 > 30

Patient konsumiert Koffein?

- nie wenig (< 4 Tassen Kaffee/Tag) mehr

Patient konsumiert Alkohol?

- nie wenig (< 0,5 l Bier oder 0,2 l Wein/Tag) mehr

andere pk rel. Genuß-/Lebensmittel (Grapefruit, Grill ...)

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